N°7 SEPTEMBRE 2009

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS

SOP

Le journal de la

LA FORMATION CONTINUE DE L'OMNIPRATICIEN

OCCLUSION

Moins de théorie, plus d'omnipratique !

FORMATION SOP
1er OCTOBRE 2009

Passez de la théorie aux travaux pratiques !

FORMATION SOP
15 OCTOBRE 2009

Penser l'occlusion pour réussir la prothèse !

26 OCTOBRE
3 NOVEMBRE

Voyage-congrès Antilles

Prot Lab

Votre Partenaire Confiance

La Qualité Certifiée !

Le seul laboratoire de son secteur certifié ISO.

CERTIFIÉ ISO 9001

Réglements acceptés par cartes bancaires VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

www.protilab.com

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

SOMMAIRE

FORMATIONS SOP 2009

› Travaux pratiques
jeudi 1er octobre de 9 h à 18 h
Bulletin d'inscription : p. 15

› Prothèse et occlusion
jeudi 15 octobre de 9 h à 18 h
Bulletin d'inscription : p. 9

› Voyage-congrès Antilles
Du 26 octobre au 3 novembre
Bulletin d'inscription : p. 11

ACTUALITÉS p. 7 à 9
- Occlusion : moins de théorie, plus d'omnipratique !
- Logique et bon sens au service de la réflexion biomécanique.

PRATIQUE p. 12 à 15
- Les clefs de la réussite en prothèse fixée
- Zoom sur quatre travaux pratiques garantis haute qualité !

LE DROIT DU PRATICIEN p. 19
- L'accord entre un patient et son praticien a-t-il une valeur juridique ?

Les rendez-vous de la formation continue odontologique

Une journée complète sur les CCC et les CCM p. 23
- La CCM, c'est fini ?
- Identifier les indications des CCC et des CCM : mode d'emploi
- Les grandes familles de céramique et leurs différentes propriétés
- Préparation et assemblage : les deux clefs du succès
- CCC *versus* CCM : que dit la littérature scientifique ?

BILLET D'HUMEUR p. 42
- Athlétisme... dentaire et infarctus

LISTE DES ANNONCEURS

ADF	p. 22
Ampli	encart
Bisico France	p. 20
Chaumont Voyages	p. 36
CIP7	p. 24
CNQAOS	p. 30
Dentsply France	p. 21
FKG Dentaire	p. 12
GC France	p. 40
Itena Clinical	p. 16
Owandy	p. 06
Kreussler Pharma	p. 40
Labocast	p. 04
MACSF	p. 44
Made in Labs	p. 38
Protilab	p. 02
SD2	p. 16
SOP	p. 43
Sunstar	p. 18

LE CLUB DES PARTENAIRES

p. 39

Acteon group – AIREL – AMPLI – Belmont – BISICO France – CdP Editions : Wolters Kluwer – CODIMED – COLTENE WHALEDENT – DEGRE K – DHT - Dental Hi Tec – DENTSPLY France – DISCUS DENTAL France – ELSODENT – E-MOTION – EMS FRANCE – EUROTEC DENTAL - ADEC – FABHER – FC Medical Device – FKG Dentaire – GACD – GC France – GENERIQUE INTERNATIONAL – HENRY SCHEIN FRANCE – ITENA Clinical – IVOCLAR VIVADENT France – KAVO DENTAL France – KERR France – KOMET FRANCE – KREUSSLER Pharma – LABOCAST – LABORATOIRE CRINEX – LABORATOIRES EXPANSCIENCE – Laboratoires GABA – MACSF – Made in Labs – McNeil SGP – MEGA DENTAL – NICHROMINOX – NOBEL BIOCARE FRANCE – NSK France – PIERRE FABRE ORAL CARE – PRED – PROMODENTAIRE – PROTILAB – QUICK DENTAL - S.L.B.D. – SIRONA DENTAL SYSTEMS – SUNSTAR MEDICADENT PHARMADENT – VET Microscopie Dentaire – WEB Dentiste – ZIMMER DENTAL

LABOCAST®

LEADER DE LA PROTHÈSE DENTAIRE EN FRANCE

21 ANS QUE VOUS NOUS FAITES CONFIANCE !

Spécialiste en céramo-céramique

Couronne Procéra
(Nobel Biocare, Suède)

PRIX UNITAIRE EN GAMME
EXCELLENCE
114,90€

Céramique pressée E.max
(Ivoclar, Liechtenstein)

PRIX EN GAMME
EXCELLENCE
82,40€

ouvert en août

AFFIRMONS, CHAQUE JOUR, NOTRE IDENTITÉ

N° Azur 0811 115 000

46-56, rue des Orteaux • 75020 PARIS • Fax : (+33)1 53 38 64 86 • e-mail : labocast@labocast.fr • www.labocast.com

RÈGLEMENTS ACCEPTÉS PAR CARTES BANCAIRES VISA AMERICAN EXPRESS

Société odontologique de Paris
6, rue Jean-Hugues
75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Tirage et diffusion :
40 000 exemplaires
Abonnement 1 an
(10 numéros) : 10 euros
Prix au numéro : 1,55 euro

Rédacteurs en chef :
Marc Roché, Meyer Fitoussi
Rédacteur en chef adjoint :
Gérard Mandel
Directeur de la publication :
Philippe Chalanset
Comité éditorial
Sylvie Bessade-Hospice
Corinne Touboul
Dominique Martin
Sylvie Saporta
Bernard Schweitz
Conception, réalisation :
Texto Éditions
Maquette :
Carine Montaillier
Photos :
Fotolia : pp. 1, 3, 5, 7, 10, 11, 19, 23
Gérard Mandel : pp. 23, 25, 26, 28, 31, 35, 37
Sébastien Nardot : pp. 5, 13, 14, 15, 23
DR : pp. 8, 9, 17, 23, 27-35, 39, 41, 42, 43

Internet : www.sop.asso.fr
Secrétariat : secretariat@sop.asso.fr
Présidence : président@sop.asso.fr
ISSN : 1285-3933

Régie publicitaire :
Philippe Chalanset
La Ngampis-Six
01 42 09 29 13
ngampis.six@sop.asso.fr

Impression : Imprimerie Decoster
Zone d'emploi – BP 149
59320 Sequedin

Meyer Fitoussi

Où allons-nous ?

Nous écoutions récemment un expert de la finance expliquer que *«l'image est toujours plus nette dans le rétroviseur que sur le pare-brise»*. Autrement dit, le passé est bien identifié quand l'avenir demeure opaque. En matière boursière et financière, domaines volatils s'il en est, c'est certainement vrai. Ça l'est peut-être moins dans notre profession.

Où allons-nous ? La réponse est limpide : vers un exercice de plus en plus normé et contraint. Un monde bureaucratique et standardisé où une réglementation chasse l'autre dans une spirale infernale que rien ne semble pouvoir arrêter. Que voyons-nous à travers notre pare-brise sinon des règlements tatillons et impérieux, parfois totalement démesurés si on les ramène aux risques qu'ils sont censés prévenir ? La radioprotection constitue l'illustration de cette dérive absurde, qui place à un même niveau de risque une centrale nucléaire et un cabinet dentaire. Ubu vit encore ! En cette rentrée, notre interrogation ne consiste donc pas à savoir si une nouvelle loi, un nouveau décret ou un nouvel arrêté va sortir, mais bien plutôt quand il va nous tomber sur la tête !

Comment en est-on arrivé là ? Une partie de l'explication réside dans le fait que certains, au sein même de notre profession, en tirent profit. Le business de la formation excite les convoitises. Sur fond de formation continue conventionnelle, certaines structures très organisées mettent en place le lucratif commerce de la formation professionnelle, qui les éloigne de leur mission principale. Et par une étonnante correspondance, nous, praticiens libéraux, sommes aujourd'hui détournés de notre mission principale – consistant à soigner les patients, faut-il le rappeler – puisque notre *«temps utile»* au cabinet dentaire est dévoré par la satisfaction des obligations qui nous incombent.

«UNE RÉGLEMENTATION CHASSE L'AUTRE DANS UNE SPIRALE INFERNALE QUE RIEN NE SEMBLE POUVOIR ARRÊTER. UBU VIT ENCORE !»

Quelle solution nous reste-t-il pour conserver intact le plaisir d'exercer un métier formidable ? Donner du sens à notre exercice. Comment ? En protégeant au maximum ce temps utile imparti à notre pratique, au nom de notre liberté thérapeutique. Et améliorer et renouveler sans cesse notre pratique en nous dirigeant vers des formations librement choisies en fonction de nos objectifs.

C'est précisément dans un souci de renouvellement et d'amélioration de la qualité de ses formations que la SOP, à partir de janvier prochain, convie tous les praticiens à découvrir ce qui deviendra, à partir de cette date, le nouveau lieu de ses Journées : la Maison de la Chimie, dans le 7e arrondissement de Paris[1]. La SOP vous y attend dès le 14 janvier 2010. Venez nombreux y affirmer votre liberté de praticien !

(1) Lire nos informations page 43. Attention ! Les Journées d'octobre prochain – «Prothèse et occlusion» et «Travaux pratiques» – se dérouleront quant à elles et comme prévu à l'hôtel Marriott – 17, Bd Saint-Jacques, dans le 14e arrondissement de Paris.

VISTEO

La prise de vue à 360°

Owandy repense le capteur intra-oral : Visteo, le 1er capteur à induction.
Votre prise de vue en bouche réinventée.

Julie-Owandy • 6, allée Kepler - 77420 Champs sur Marne - France - www.owandy.com - Tél. 0811 88 18 18

Julie owandy

EN COUVERTURE

Occlusion : moins de théorie, plus d'omnipratique !

Loin des grandes querelles de chapelles parfois peu compréhensibles, les quatre conférenciers de la journée de la SOP du 15 octobre prochain s'appliqueront à montrer des principes traduits en gestes pratiques, concrets et applicables en omnipratique.

QUAND FAUT-IL MODIFIER ou ne pas modifier l'occlusion du patient ? Comment s'y prendre ? Quels outils utiliser afin d'enregistrer précisément cette occlusion et la reproduire avec exactitude au laboratoire ? Parfois privé de repères pour répondre à ces interrogations, il peut être tentant pour l'omnipraticien de négliger l'aspect occlusal de la restauration prothétique au risque de mettre en péril la stabilité et la pérennité de sa réalisation.

Le choix d'un axe de complexité progressif

Personne n'est à blâmer car, pendant des années, se sont multipliés des principes théoriques parfois contradictoires qui ont brouillé les messages essentiels, au point de rendre la discipline illisible ou, à tout le moins, très confuse.

Aujourd'hui, les choses ont évolué. Des principes simples ont été définis, qui sont applicables au cabinet dentaire et qui permettent de garantir l'équilibre occlusal. C'est dans le but de diffuser ces principes au plus grand nombre que la SOP propose une journée le 15 octobre prochain. Du choix de la position de référence à la transmission des informations au laboratoire en passant par l'enregistrement de l'occlusion, l'objectif consistera à mettre en avant des gestes simples et utilisables au quotidien dans un exercice d'omnipratique.

Du point de vue pédagogique, cette formation – qui, précisons-le, ne traitera pas des dysfonctionnements de l'appareil manducateur (DAM) – se déroulera selon un axe de complexité progressif. Les intervenants aborderont, dans un premier temps, la restauration unitaire, puis la restauration d'un secteur cuspidé et enfin la prothèse composite. Cet apprentissage sera complété par la présentation de solutions orthodontiques accessibles à l'omnipraticien (Armelle Manière). Au moyen de supports vidéo didactiques, le point sera fait sur l'intégration des restaurations unitaires dans les situations occlusales complexes (Jean-Philippe Ré).

Des astuces pratiques

Bien entendu, une large place sera accordée à l'intégration des restaurations de moyenne étendue, qui constituent la majeure partie des soins en omnipratique. Seront notamment détaillés les outils qui permettent la simulation de l'occlusion au laboratoire ainsi que les modalités de contrôle clinique et d'enregistrement de l'occlusion à mettre en place par l'omnipraticien (Jean-Daniel Orthlieb). Sera également présenté le principe de *« carte occlusale »*, contenant informations et consignes essentielles pour le prothésiste, afin de transmettre au laboratoire l'image précise des points de contacts occlusaux au laboratoire.

Enfin, la question de l'intégration des prothèses amovibles et composites – et notamment de l'enregistrement des rapports intermaxillaires lorsque l'appui est à la fois dentaire et muqueux – sera développée (Jean-Marie Cheylan). Dans ce domaine, les gestes de guidage de la mandibule permettant d'obtenir une position centrée seront montrés et expliqués.

Au total, pour chacune des étapes de l'occlusion en prothèse, des astuces pratiques seront données afin que cette discipline – trop souvent considérée comme une discipline complexe par les omnipraticiens – redevienne accessible… et confortable. ■

EN COUVERTURE

« Logique et bon sens au service de la réflexion biomécanique »

Cinq questions à Jean-Marie Cheylan, conférencier de la journée du 15 octobre.

Selon Jean-Marie Cheylan, l'omnipraticien peut apprendre à réaliser des gestes simples pour bien maîtriser l'occlusion.

Pourquoi la formation de la SOP consacrée à l'occlusion constitue-t-elle un apport concret pour les omnipraticiens ?
Parce qu'il ne s'agira en aucun cas d'un cours magistral. Au contraire, photos, vidéos, modèles et moulages de plâtre seront utilisés pour montrer des gestes simples, pratiques et facilement reproductibles en cabinet d'omnipratique.

Par exemple ?
En matière d'enregistrement de l'occlusion, le geste de guidage de la mandibule pour obtenir une position centrée est essentiel et relativement simple pour peu que l'on s'entraîne un peu. Lors de la journée, nous montrerons comment apprendre à réaliser ce geste en présence d'une maquette d'occlusion ou d'une prothèse amovible en prenant des points d'appui. Concrètement, il s'agit d'un simple accompagnement mandibulaire en demandant au patient de participer activement à l'obtention du mouvement axial terminal. La difficulté réside plus dans le maintien de la stabilité de la maquette d'occlusion que dans l'obtention de la relation centrée. Un autre aspect pratique consistera à présenter la préparation des dents supports pour les prothèses à châssis métallique. Les appuis occlusaux et cingulaires doivent être anticipés sous peine de créer surocclusions et interférences. Là encore, nous verrons que les améloplasties sont à la portée de tous les omnipraticiens.

Au-delà de l'enregistrement de l'occlusion, donnerez-vous d'autres astuces ?
En fonction de l'étendue et de la distribution des édentements, le choix du guidage est variable. Nous allons présenter les concepts occluso-prothétiques et les indications de guidage pour chaque type d'édentement. Au terme de cette formation, les praticiens sauront précisément quel guidage exiger de leur prothésiste, et cela quelle que soit la nature de l'édentement.

En d'autres termes, vous allez montrer que l'occlusion n'est pas la discipline complexe que l'on croit ?
En prothèse amovible, la prise en compte de l'occlusion est moins compliquée qu'il n'y paraît. Il faut mettre logique et bon sens au service de la réflexion biomécanique. Ainsi, il devient facile d'assurer la stabilité de la prothèse tout en préservant les dents. Cette réputation de discipline complexe qui « colle » à l'occlusion vient de ce qu'elle a été « théorisée » pendant des années par des courants parfois contradictoires, qui ont indirectement contribué à lui donner une image ésotérique.

Pour autant, elle constitue bien un élément incontournable de la pratique prothétique ?
Bien sûr, et cela commence par le choix de la position de référence : OIM ou RC ! Si certains omnipraticiens sont effrayés par l'occlusion, c'est peut-être parce qu'ils sont parfois désorientés au moment de ce choix. Nous verrons dans quelles situations il faut choisir la RC, et comment parvenir à une position d'enregistrement répétitive, confortable et non forcée. Les sensations du praticien sont essentielles et doivent être cultivées. C'est un peu comme la digue : on sait que c'est essentiel, mais si l'on n'en pose pas fréquemment, on perd l'habitude et finalement on arrête de l'utiliser. Au départ, un léger apprentissage et un peu de pratique sont nécessaires. Ensuite, les choses deviennent beaucoup plus commodes. ■

SOP FORMATIONS 2009

Penser l'occlusion pour réussir sa prothèse

15 OCTOBRE 2009
DE 9 H À 18 H

PROTHÈSE ET OCCLUSION

Quand et comment modifier l'occlusion du patient avant une réalisation prothétique ? Quelles procédures utiliser pour enregistrer les rapports interarcades ? Comment les reproduire avec précision au laboratoire ?

L'intégration d'une restauration prothétique dans le schéma occlusal du patient est essentielle mais parfois peu évidente. Le praticien doit-il insérer le rapport interarcades dans l'occlusion naturelle du patient ? Quand doit-il intervenir sur la malocclusion ? Comment enregistrer, reproduire et transmettre le schéma occlusal dans les meilleures conditions ? Avec le concours de spécialistes en prothèse, en orthodontie et en occlusodontie, les omnipraticiens pourront se doter des éléments de réflexion essentiels pour bien gérer toutes les questions occlusales en prothèse dans les situations sans ADAM et obtenir des outils indispensables afin de bien communiquer avec leur laboratoire.

- **Armelle Manière :** Appréhender l'aménagement orthodontique chez l'adulte.
- **Jean-Philippe Ré :** Intégrer les restaurations unitaires dans les situations occlusales complexes.
- **Jean-Daniel Orthlieb :** Intégrer les restaurations de moyenne étendue. Simuler et enregistrer l'occlusion au cabinet.
- **Jean-Marie Cheylan :** Stabiliser les prothèses amovibles et composites. Enregistrer les rapports intermaxillaires présentant un appui dentaire et muqueux.

Le jeudi 15 octobre 2009, participez à la journée SOP avec votre prothésiste afin d'améliorer vos procédures de communication !

60 POINTS de FCO

En savoir plus sur l'occlusion en prothèse ? Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 5, mai 2009

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 185 €
Offre réservée aux participants : 185 euros la chambre single ou double pour la nuit du 14 au 15 octobre 2009 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (préciser Journée SOP). Tél. : 01 40 78 78 40 Fax : 01 40 78 78 04

BULLETIN D'INSCRIPTION

PROTHÈSE ET OCCLUSION

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs :**
membres SOP et FSSOSIF : 260 € ; autres : 320 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

JSOP0709

Guadeloupe – Du 26 octobre au 3 novembre 2009

29es JOURNÉES DE CHIRURGIE DENTAIRE AUX ANTILLES

Tout le programme scientifique

Dr Richard Kaleka

Ancien assistant en odontologie des Hôpitaux de Paris – Ancien universitaire Paris VII – Attaché universitaire Département OCE Paris V

• Hyperesthésie dentinaire : mécanismes, prévention et traitement

L'hyperesthésie dentinaire est un motif de consultation fréquent. Le diagnostic différentiel avec une carie est rendu difficile du fait d'étiologies mécaniques et chimiques intriquées. Récessions gingivales et mylolyses sont souvent associées. Le traitement symptomatique devra être gradué et toujours doublé d'un traitement étiologique.

• Restauration des caries par micropréparations : quelles techniques, quelle instrumentation ?

Le principe d'économie tissulaire pour traiter les lésions carieuses implique deux stratégies : le diagnostic précoce et un traitement interventionnel ultra-conservateur. Des fraises miniatures et des inserts vibratoires diamantés permettent d'affiner la coupe des tissus durs. Les matériaux adhésifs permettent des restaurations essentiellement injectées.

Dr Armelle Manière-Ezvan

Professeur des universités – Praticien hospitalier

• Agénésie des incisives latérales maxillaires : ouvrir ou fermer l'espace ?

L'analyse de facteurs subjectifs tels que la motivation, la coopération attendue, le coût financier ainsi que l'analyse des facteurs objectifs comme la relation interarcades, la DDM mandibulaire, la morphologie des canines, vont nous aider à faire le meilleur choix : ouvrir ou fermer le ou les espaces pour rendre le meilleur service au patient.

• Traumatisme des incisives centrales maxillaires et orthodontie

Les traumatismes des incisives sont fréquents dès le très jeune âge et peuvent avoir des répercussions sur le germe des incisives. À l'âge orthodontique, une décision lourde de conséquences s'imposera dès lors que la dent présente un fort risque d'ankylose et/ou de résorption : diverses solutions seront analysées en fonction de la situation globale.

Dr Patrick Missika

Professeur à la faculté – Directeur du Diplôme universitaire d'implantologie, Paris VII

• La mise en place immédiate d'un implant après extraction

La mise en place immédiate d'une racine artificielle est un acte de chirurgie reconstructrice qui compense généralement, pour le patient concerné, l'aspect psychologique négatif de l'extraction, *a fortiori* si l'on peut procéder à une mise en charge ou en esthétique immédiate. Quand la pratiquer ? En un ou deux temps chirurgicaux ?

• De l'information au consentement éclairé du patient

Depuis février 1997, c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il a rempli son devoir d'information. Les notes inscrites sur la fiche médicale, un plan de traitement détaillé, les courriers éventuels aux correspondants, les brochures d'information, etc. constituent autant d'éléments qui seront détaillés.

Dr Jean-Daniel Orthlieb

Professeur des universités – Praticien hospitalier

• Apprivoiser le bruxisme

L'omnipraticien doit mieux comprendre le bruxisme pour anticiper les risques mécaniques par une stratégie prothétique adaptée. Mais il doit aussi savoir qu'il existe des capacités de rééducation comportementale méritant pour le moins d'être mises en œuvre.

• Fonction canine : le contrôle occlusal facilité

Par sa position, sa morphologie occlusale et radiculaire, la canine maxillaire est prédisposée à un rôle de pilotage économe de la dynamique mandibulaire. La fonction canine est un concept thérapeutique parfaitement physiologique, qui facilite le travail et donc diminue les risques d'erreurs. Ce concept est vraisemblablement à mettre en œuvre dans un contexte de parodonte fragile, de bruxisme, de prothèses implanto-portées.

Un forum sur l'état de la profession en 2009

Parallèlement aux conférences cliniques, la SOP organisera un forum consacré à notre actualité professionnelle et notamment aux contraintes réglementaires et légales, qui pèsent aujourd'hui sur notre exercice. Animé par Meyer Fitoussi et Patrick Missika, le débat portera sur la réglementation, les obligations légales de notre pratique, la nomenclature et les données avérées de la science, ainsi que, bien sûr, l'actualité de la formation continue odontologique.

DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription, obligatoires pour tous les participants, comprennent :
- La remise du dossier et du badge (congressiste)
- L'accès aux séances scientifiques (congressiste)
- Les pauses café (congressiste)

PROGRAMME SOCIAL

Réservé uniquement aux participants au voyage congrès :
- Dîners du 27/10, du 29/10 et du 01/11
- Déjeuner du 02/11

MEMBRES DE LA SOP OU DE LA FSSOSIF

- Congressistes : 290 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 250 €

AUTRES MEMBRES

- Congressistes : 350 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 310 €

PERSONNES NE PARTICIPANT PAS

au voyage congrès : 460 €

Enfants : Les enfants de moins de 15 ans sont dispensés de droits d'inscription.

TARIFS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

Séjour du 26 octobre au 3 novembre 2009 : prix par personne en chambre double
Vue jardin --> **1 800 €** Vue piscine --> **1 950 €** Vue mer --> **2 100 €**

Ces prix comprennent :
- le trajet PARIS/POINTE-À-PITRE/PARIS sur Air France en classe touriste
- les transferts aéroport/hôtel/aéroport en car climatisé
- le séjour à La Cocoteraie dans le type de chambre choisi (les chambres seront attribuées dans l'ordre d'arrivée des inscriptions en fonction des disponibilités)
- les petits-déjeuners buffet
- les taxes et services (seule la taxe d'aviation, actuellement de 240 € pourrait être modifiée)
- l'encadrement par du personnel de notre société de PARIS à PARIS

Annulation
En cas d'annulation, il sera retenu :
- jusqu'au 10 juillet 2009, un montant de 50 € pour frais de dossier
- entre le 10 juillet 2009 et le 25 août 2009, 10 % du montant total du voyage
- entre le 25 août 2009 et le 25 septembre 2009, 20 % du montant total du voyage
- entre le 25 septembre 2009 et le 10 octobre 2009, 50 % du montant total du voyage
- après le 10 octobre 2009, 90 % du montant total du voyage

Organisation technique :
Chaumont Voyages – Lic. 075950311

Du fait du nombre très limité de chambres à La Cocoteraie, nous vous demandons de vous inscrire le plus rapidement possible. **Aucune chambre single n'est disponible.** Prière de nous interroger si vous êtes accompagnés d'enfants et si vous désirez anticiper ou prolonger votre séjour.

Bulletin d'inscription

à retourner à : CHAUMONT VOYAGES – M. PERRAULT
9, rue principale du Port – 92638 Gennevilliers Cedex
Tél. : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50 – E-mail : emilyne@chaumontvges.com

Je soussigné(e), Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
Tél. : ..... • **Portable :** ..... • **E-mail :** .....
❑ Membre SOP-FSSOSIF ❑ Non membre

Accompagné(e) de* : ** Préciser la date de naissance pour les enfants*
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....

❑ **M'inscris aux 29es JOURNÉES DE CHIRURGIE DENTAIRE AUX ANTILLES**

❑ Vue jardin ❑ Vue piscine ❑ Vue mer

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales et des conditions d'annulation.

Je vous adresse ci-joint un acompte de 1 000 € par personne ainsi que les droits d'inscription, soit :
Acompte : 1 000 € x ..... = ... €

DROITS D'INSCRIPTION
❑ Congressiste membre de la SOP ou de la FSSOSIF ..... x ..... = ... €
❑ Congressiste non membre ..... x ..... = ... €
❑ Accompagnant ..... x ..... = ... €
TOTAL = ... €

DATE : SIGNATURE

JSOP0709

SOP Formations
TP 14
1er octobre 2009

Préparation canalaire en rotation continue

De nouvelles idées pour résoudre les problèmes rencontrés au quotidien

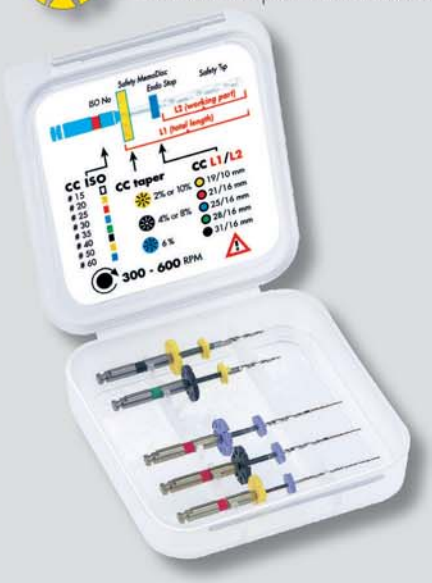
POINTE DE SÉCURITÉ ARRONDIE
- Centrage parfait de l'instrument

ARÊTES DE COUPE ALTERNÉES
- Pas d'effet de vissage/blocage

ARÊTES VIVES
- Efficacité de coupe optimale

POLISSAGE ÉLECTRO-CHIMIQUE
- Plus résistant à la torsion et à la fatigue

SAFETY*MEMODISC*
- Pour compter le nombre d'utilisations



Responsable scientifique:
Dr. Bertrand Khayat

un système NiTi novateur:

FKG *RaCe*

Race = Reamer with Alternating Cutting Edges

Et bien d'autres solutions que nous vous invitons à venir découvrir avec nous:

Dr J.-C. Michonneau, Dr N. Zouhour,
Dr. A. Collin, Dr G. Couderc...

Easy Race

FKG DENTAIRE
Swiss Dental Products

Crêt-de-Locle 4 • CH-2304 La Chaux-de-Fonds - Switzerland • Tél.: +41 (0)32 924 22 44 • Fax: +41 (0)32 924 22 55 • info@fkg.ch • www.fkg.ch

SOLUTIONS PROTHÉTIQUES

Les clefs de la réussite en prothèse fixée

Proposer à l'omnipraticien un panorama exhaustif des solutions actuelles en prothèse fixée : telle est l'ambition du TP de la SOP.

Afin de doter les omnipraticiens des outils pour déjouer les pièges inhérents aux différentes solutions qu'offre la prothèse fixée, le TP de la SOP propose un panorama des préparations et de leurs spécificités. Mais, réaliser un tour d'horizon complet et précis des différentes techniques dans le domaine exige de répondre à des questions concrètes. Comment éviter qu'un bridge collé ne se décolle ? Quelle technique adopter pour éviter qu'une couronne céramo-céramique ne se casse ? Quelle méthode choisir pour parvenir à un rendu esthétique optimal ?

À partir de situations classiques, la séance se donne pour ambition d'enrichir la technique des participants en fonction du type d'assemblage (scellement ou collage), ou du matériau utilisé (métal, céramo-métallique, céramo-céramique). En prise directe avec la réalité clinique de l'exercice quotidien, ces ateliers permettront d'identifier et d'apprendre à déjouer les pièges de la discipline dans le plus strict respect du principe d'économie tissulaire.

Dans un premier temps sera réalisée une préparation pour un bridge ayant pour pilier une couronne céramo-métallique sur prémolaire, d'une part, et un onlay métallique sur molaire, d'autre part.

Dans un deuxième temps, les préparations pour bridges collés seront abordées. Les progrès permanents des colles et l'évolution des préparations pour ces prothèses peu mutilantes vers des ancrages combinant rainures et puits dentinaires permettent en effet de remettre au goût du jour cette technique, un temps délaissée par la profession.

Enfin, troisième séquence, les participants réaliseront des préparations pour couronnes céramo-céramiques. S'agissant de ce dernier procédé, plus esthétique mais également plus exigeant que les autres, les préparations seront effectuées aussi bien sur des dents en normoposition que sur des dents en malposition. Par ailleurs, les participants apprendront comment réaliser et utiliser une clé de préparation issue de cires de diagnostic (*wax-up*) de manière à guider et quantifier les réductions tissulaires idéales afin de parvenir à un résultat optimal.

Chacun des exercices sera précédé d'une présentation détaillant les différentes étapes de la préparation. Un exposé faisant le point sur les moyens d'assemblage (scellement, collage, scellement adhésif) clôturera la journée. ■

Le TP de la SOP permet aux praticiens d'identifier les pièges de la prothèse fixée et d'apprendre à les déjouer.

Évaluez-vous !

- Connaissez-vous les cotes précises de réduction des différentes faces d'une dent pour une reconstitution céramo-métallique ? Et céramo-céramique ?
- Le bridge collé fait-il partie de votre arsenal thérapeutique ?
- Réalisez-vous des bridges sur onlays ?
- Avez-vous intégré les couronnes sans armature métallique dans votre pratique quotidienne ?
- Utilisez-vous toujours le même matériau d'assemblage ?
- Scellement ? Collage ? Scellement adhésif ? Vous y retrouvez-vous ?

Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2009

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 1er octobre 2009 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 15

TP – 1er OCTOBRE 2009

Zoom sur quatre travaux pratiques garantis haute qualité !

Outre le TP *« Chirurgie implantaire »*, qui constituera la grande nouveauté de cette édition 2009 des travaux pratiques, le TP de parodontie a été totalement repensé. Sans parler du grand classique : la mise en forme canalaire désormais déclinée en deux TP consacrés à deux systèmes différents.

Adapter la séance des TP à l'évolution de la pratique professionnelle est le défi relevé chaque année par la SOP. Afin de répondre à la demande des omnipraticiens, la SOP proposera le 1er octobre prochain, plusieurs innovations avec un tout nouveau TP consacré à la chirurgie implantaire et un TP de parodontie, complètement repensé autour des questions de chirurgie muco-gingivale.

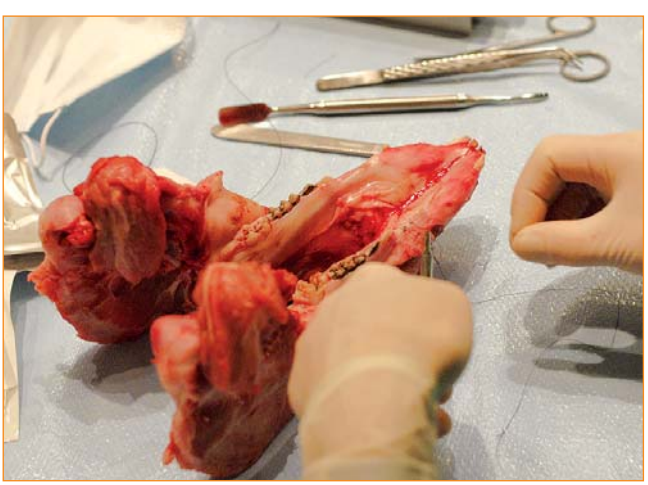
Grande nouveauté, le TP de **chirurgie implantaire** aura pour ambition de prodiguer aux omnipraticiens les bases nécessaires pour effectuer leurs premiers pas chirurgicaux dans des cas simples. Cet enseignement a été évidemment conçu autour de manipulations concrètes et d'activités pratiques. Au terme d'un rappel des données essentielles du traitement implantaire (étude préimplantaire, lecture du *scan*, guide chirurgical…), les participants pourront ainsi procéder à la mise en place d'implants en technique enfouie et non enfouie.

Précisons que ce nouveau TP s'adressera plus particulièrement à des praticiens pratiquant de manière régulière la prothèse sur implants et disposant d'une maîtrise des techniques d'incision et de suture.

De son côté, le TP de **parodontie** fait peau neuve et sera intégralement consacré aux indications de chirurgie muco-gingivale et de chirurgie plastique parodontale. Grâce à un encadrement personnalisé, les participants pourront s'initier aux gestes cliniques fondamentaux des incisions et sutures. Chaque praticien s'essaiera ensuite à la réalisation d'une greffe épithélio-conjonctive ou d'une greffe de tissu conjonctif enfoui sur une mâchoire animale mise à leur disposition.

En marge de ces nouveautés, la séance des TP de la SOP accueillera également ses grands classiques dans les différentes disciplines dentaires, toujours avec la volonté de proposer aux omnipraticiens un large éventail de solutions thérapeutiques, éprouvées et actuelles. À noter que, s'agissant d'endodontie, deux TP abordant deux dispositifs différents de mise en forme canalaire sont proposés. Le premier consacré au **système ProTaper®** permettra de maîtriser tout le protocole d'utilisation de ce dispositif à conicité variable pour chacune des familles d'instruments : *shapers, finishers,* etc. Des manipulations de gutta chaude permettront de sensibiliser les participants à l'importance de la mise en forme dans la réalisation de l'obturation.

Le second TP en endodontie portera sur le **système Race®**, développé et distribué par la société FKG™. Cet instrument au concept original de préparation canalaire en rotation continue présente notamment l'avantage d'éviter l'effet de vissage bien connu de l'omnipraticien. Au total, la SOP propose là quatre rendez-vous à ne pas manquer pour intégrer efficacement et durablement de nouvelles techniques dans son arsenal thérapeutique. ■



Qu'il s'agisse de parodontie (ici en photo), de chirurgie implantaire ou d'endodontie, les TP de la SOP privilégient les manipulations et les exercices pratiques.

Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2009

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 1er octobre 2009 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 15

Passez de la théorie aux travaux pratiques !

PARTENAIRE EXCLUSIF : MACSF

1er OCTOBRE 2009
DE 9 H À 18 H

14 travaux pratiques à la carte pour vous perfectionner.
Au sein de chaque TP, des groupes de 5 à 10 praticiens animés par une équipe d'enseignants. Une formation complète pour vous conduire au geste juste.

SOP FORMATIONS 2009

BULLETIN D'INSCRIPTION

TRAVAUX PRATIQUES

❑ **TP 1 • Prothèse sur implants**
Responsable scientifique : Hadi Antoun

❑ **TP 2 • Chirurgie implantaire** NOUVEAUTÉ
Responsable scientifique : Corinne Touboul

❑ **TP 3 • Occlusion**
Responsables scientifiques :
Bernard Fleiter, Dominique Estrade

❑ **TP 4 • Reconstitutions corono-radiculaires** NOUVEAUTÉ
Responsable scientifique : Jacques Déjou

❑ **TP 5 • Prothèses fixées**
Responsable scientifique : Hervé Choukroun

❑ **TP 6 • Urgence-réanimation** COMPLET
Responsable scientifique : Thérèse Arvis

❑ **TP 7 • Plan de traitement pluridisciplinaire**
Responsables scientifiques :
Éric Hazan, Éric Serfaty

❑ **TP 8 • Orthèses mandibulaires**
Responsable scientifique : Marc Roché

❑ **TP 9 • Facettes de céramique collées** COMPLET
Responsable scientifique : Claude Launois

❑ **TP 10 • Parodontie / Chirurgie muco-gingivale**
Responsable scientifique : Bernard Schweitz

❑ **TP 11 • Instruments ultrasonores** COMPLET
Responsable scientifique : Gilles Gagnot

❑ **TP 12 • Blanchiment et pose de digue** COMPLET
Responsables scientifiques :
Jean-Jacques Louis, Richard Kaleka

❑ **TP 13 • Endodontie : système ProTaper**
Responsables scientifiques :
Pierre Machtou, Dominique Martin

❑ **TP 14 • Endodontie : système Race**
Responsable scientifique : Bertrand Khayat

TARIF SPÉCIAL HÔTEL
220 €

Offre réservée aux participants : 220 euros la chambre single ou double pour la nuit du 30 septembre au 1er octobre 2009 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (préciser Journée SOP)
Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs**
membres SOP et FSSOSIF : 360 € ; autres : 420 €.

JSOP0709

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

Traxodent

Pâte hémostatique pour rétraction gingivale

- Hémostase optimisée
- Parfaite rétraction gingivale
- Format seringue : Ergonomie particulièrement étudiée pour une application facile

ITENA
CLINICAL PRODUCTS

Hotline technique :
N° Vert 0 800 300 314
Laboratoire Français
www.itena-clinical.com

---

fusio™ LIQUID DENTIN

Le composite fluide Auto-Adhésif
Vos restaurations + Sûres et 2 fois + Rapides

Composite fluide, Adhésif auto-mordançant, Agent de scellement dentinaire en 1 seul produit

Grâce à sa formule hydrophile brevetée et l'incorporation d'une **résine 4-META**, **Fusio™ Liquid Dentine** permet un **ancrage tenace à la dentine (25,5 MPa) et à l'émail (22 MPa).** Dès son application, **Fusio™ Liquid Dentine** conditionne les tissus dentaires, assure l'adhésion et le scellement sans avoir besoin d'autre produit. Il garantit un **scellement dentinaire optimal et protège des sensibilités post-opératoires**

Indications: Celles des composites fluides **+ Substitut dentinaire + Fond de cavité protecteur auto-adhésif**

Retirer les tissus carieux - Injecter - Masser 20 sec. - Photopolymériser. Terminé !

Exemple : **Fusio™ Liquid Dentine** - Substitut dentinaire

Retirer les tissus carieux. Masser 20 sec. 1mm de FUSIO sur les parois de la cavité. Photopolymériser 10 sec.

Compléter par des incréments de 2mm de FUSIO. Photopolymériser chaque incrément 10 sec.

85 € TTC*

Les 2 Seringues 1,8 g + embouts
Teinte A1, A2, A3 ou B1
+ 1 seringue 1,8g A2 Offerte*

*Offre valable jusqu'au 30.09. 09 - SD2 50 bis rue des Binelles - 92310 SEVRES - Tél. 01 45 34 90 30 - Fax 01 45 34 99 46 - **www.sd2-dentaire.com**

Docteur .....

Adresse: .....

.....

☐ Souhaite recevoir le catalogue et les offres SD2

Commande:

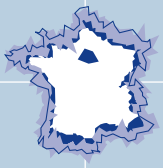
☐ Kit(s) Fusio teinte : ..... + ... x 1 ser. A2 85€

Le sevrage tabagique : implication du chirurgien-dentiste

FORMATION DE LA FSSOSIF

18 NOVEMBRE 2009 À 19 H 30

16e SOIRÉE SCIENTIFIQUE COMMUNE DE LA FSSOSIF



SOP (Société odontologique de Paris)
CEOSHS (Cercle d'études odonto-stomatologiques des Hauts-de-Seine)
COSS (Cercle odonto-stomatologique de formation postuniversitaire de la Seine-Saint-Denis)
CEOVDM (Cercle d'études odontologiques du Val-de-Marne)
COVAL (Cercle odonto-stomatologique et de formation postuniversitaire du Val-d'Oise)

19 h 30 : accueil et buffet dînatoire
20 h 15 : conférence

ESPACE SAINT-MARTIN
199 *bis*, rue Saint-Martin – 75003 Paris
Parkings accessibles :
GTM Saint-Martin – 252, rue Saint-Martin
Beaubourg – 31, rue Beaubourg

Outre leurs effets délétères bien connus sur de nombreux organes (cancers, maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies...), les produits de la combustion du tabac sont à l'origine de nombreuses maladies de la sphère buccale. Le chirurgien-dentiste, quelle que soit sa pratique, est confronté, plus souvent qu'il ne le pense, aux effets néfastes du tabac. La maladie parodontale, des complications postopératoires, des échecs implantaires, l'halitose, l'hyposialie... trouvent souvent leurs étiologies dans le tabac. Mais plus encore, le tabac induit des lésions des muqueuses buccales qui sont potentiellement à risque de transformation maligne dans au moins 40 % des cas. Lésions dont il est capital de connaître les signes cliniques d'alerte. Le tabac, sous toutes ses formes, est en effet responsable, à hauteur d'au moins 80 %, des cancers de la cavité buccale.
Médicale à part entière, notre profession doit prendre en charge le risque tabagique. Cette prise en charge relève, aussi, de la responsabilité du praticien concernant la gestion de certains de ces traitements bucco-dentaires. Par conséquent, la participation au sevrage tabagique doit désormais faire partie intégrante de la pratique odonto-stomatologique. Mise en évidence des effets délétères du tabac et sevrage tabagique doivent être de notre compétence. Il s'agit d'un enjeu de santé publique auquel nous devrions, dès maintenant, répondre.

Dr Didier Gauzeran
Odontologiste honoraire des Hôpitaux de Paris – PH
Chargé de cours à l'université Paris V en médecine et cancérologie buccales
Expert auprès de l'Institut national du cancer

Modérateur : Dr Philippe Pougatch

20 POINTS de FCO

Le mercredi 18 novembre 2009, participez à la 16e soirée de la FSSOSIF et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

BULLETIN D'INSCRIPTION

LE SEVRAGE TABAGIQUE : IMPLICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE
ESPACE SAINT MARTIN – 199 *BIS*, RUE SAINT-MARTIN – 75003 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à la FSSOSIF :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris – Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs :**
Inscription membres SOP et FSSOSIF : 55 € ; autres : 90 €.

JSOP0709

PAROEX 0,12 %

A NOUVEAU DISPONIBLE EN PHARMACIE

Digluconate de chlorhexidine
la bonne formule !

0,12 %

Sans Alcool

Solution pour bain de bouche

Remboursé à 35 % par la Séc. Soc.

PAROEX 0,12 POUR CENT, solution pour bain de bouche. Flacon de 300 ml avec godet doseur. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Digluconate de chlorhexidine à 20% (m/v) : 0.6360 g (quantité correspondant à Digluconate de chlorhexidine : 0.1200 g) pour 100 ml de solution pour bain de bouche. Excipients : glycerol, acésulfame potassique, huile de ricin polyoxyéthylénée, propylène glycol, azorubine, arôme, eau purifiée. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Solution pour bain de bouche. **DONNEES CLINIQUES :** ***Indications thérapeutiques :*** Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. ***Posologie et mode d'administration :*** RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser Paroex. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser 12 à 15 ml (godet doseur). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). ***Contre-indications :*** Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. ***Mises en garde et précautions particulières d'emploi :*** Mises en garde : L'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une antibiothérapie par voie générale envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. Précautions d'emploi : Ne pas mettre le produit au contact des yeux ou du nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. ***Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions:*** L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). ***Effets indésirables :*** - Coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé et de café). - Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéo-muqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement. - Occasionnellement dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement. - Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** ***Propriétés pharmacodynamiques :*** STOMATOLOGIE / TRAITEMENT LOCAL A VISEE ANTISEPTIQUE (A : appareil digestif et métabolisme). **DONNEES PHARMACEUTIQUES :** ***Durée de conservation :*** Avant ouverture du flacon : 3 ans. Après ouverture du flacon : 30 jours. ***Nature et contenance du récipient :*** 300 ml en flacon (polytéréphtalate d'éthylène) avec bouchon VISTOP (polypropylène et cape (PE)) avec godet doseur (Polypropylène). **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** : AMM 344 641.7 : flacon de 300 ml avec godet doseur. Remboursement Sécurité Sociale à 35% - Agrée Collectivités. Prix : 3,99 €. CTJ : 0,16 à 0,60 €. **TITULAIRE DE L'AMM:** SUNSTAR FRANCE - 16, rue Baudin 92300 LEVALLOIS PERRET. **EXPLOITANT DE L'AMM :** CENTRE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - 76 avenue du Midi 63800 COURNON D'AUVERGNE. **DATE DE REVISION DE L'AMM :** Octobre 2008.

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

Agence Henry & Siegler PAR-PD/12-08

RESPONSABILITÉ CIVILE

L'accord entre un patient et son praticien a-t-il une valeur juridique?

Une patiente insatisfaite des soins prodigués par son chirurgien-dentiste remet en question devant la justice l'accord qu'elle avait obtenu, par l'entremise du conseil de l'Ordre, avec son praticien.

DANS UNE AFFAIRE de responsabilité civile professionnelle, un sociétaire de la MACSF a procédé à la pose de deux bridges de 13 à 17 et de 44 à 47 sur une patiente qui, quatre ans plus tard, se plaint de la qualité des soins. Elle consulte un autre praticien, qui suggère la dépose des bridges et propose la mise en place d'implants. Elle porte plainte devant le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Un protocole d'accord est conclu entre les deux parties, au terme duquel la patiente renonce à toute instance et action contre son praticien en contrepartie du versement d'une indemnité transactionnelle de 4 000 euros.

LES PRÉTENTIONS DU PRATICIEN

Trois ans après, la demanderesse assigne la MACSF ainsi que le sociétaire devant le tribunal de grande instance et sollicite la nullité de la transaction conclue devant le conseil de l'Ordre. Elle demande également la désignation d'un expert afin de déterminer les fautes commises par le praticien et d'évaluer les préjudices en résultant. La demanderesse soutient que le protocole serait entaché de nullité pour *« défaut de concessions réciproques »* et que son consentement serait vicié par *« contrainte morale et économique »*.

De plus, elle fait valoir le caractère disproportionné de l'indemnisation au regard des prétentions initiales, d'un montant de 25 000 euros. Enfin, elle prétend avoir signé une transaction qui lui était défavorable sous la double contrainte de notre sociétaire et du président du conseil de l'Ordre, qui l'ont incitée à transiger en lui faisant valoir la longueur d'une procédure contentieuse alors que son état de santé nécessitait une intervention urgente.

LA DÉFENSE DU PRATICIEN

Dans sa défense, la MACSF a soutenu que la transaction était conforme aux règles légales et aux conditions de validité jurisprudentielles et qu'elle avait, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort. Par ailleurs, le protocole litigieux comportait bien, pour la MACSF, des concessions réciproques et la somme de ...

4 000 euros n'était nullement dérisoire puisqu'elle représentait plus que le remboursement intégral du coût supporté par la demanderesse pour les soins en cause. Enfin, il ressortait de l'examen des correspondances antérieures à la signature du protocole d'accord que la patiente était parfaitement informée, éclairée et avertie de la situation et qu'elle avait été assistée de son époux lors de la signature du document.

LE JUGEMENT DU TGI

Le tribunal de grande instance a débouté la patiente de sa demande d'annulation du protocole transactionnel qui répondait aux exigences des articles 2044 et suivants du Code civil ainsi que de sa demande d'expertise. En effet, les juges du fond déclarent qu'il n'est pas établi que son consentement ait été vicié, puisque les négociations ont été conduites par le président et le vice-président du conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, et que rien ne permet de soupçonner que ceux-ci aient exercé des pressions sur la demanderesse qui était assistée de son mari lors de la réunion de conciliation au cours de laquelle l'accord a été signé. Ils considèrent d'autre part qu'il y a bien eu concessions réciproques car il est précisé dans le protocole que, au départ notre sociétaire proposait le remboursement des honoraires versés pour le bridge à hauteur de 3 000 euros et la patiente demandait la prise en charge des nouveaux travaux implantaires d'un montant total de 10 000 euros.

Cette indemnité de 4 000 euros ne saurait être qualifiée de dérisoire car elle est supérieure au coût de la prothèse litigieuse. De plus, la partie adverse ne pouvait raisonnablement prétendre obtenir une indemnité correspondant au coût intégral des implants, qui était totalement disproportionné par rapport au coût des travaux réalisés par notre sociétaire en 2000.

Ainsi, les transactions établies avec les patients qui répondent aux exigences légales peuvent *« faire loi »* entre les parties et ne sont pas remises en cause par les tribunaux. Ce protocole a d'autant plus de valeur qu'il a été établi par le conseil de l'Ordre, garant du respect du bon déroulement des négociations et des intérêts de chacun. ■

Géraldine Michelet, juriste
Le Sou médical – Groupe MACSF

ACE™
ALL-BOND SE®
Système adhésif automordançant
L'excellence en 1 clic !
• Compatible avec tous les modes de polymérisation sans nécessité d'ajout d'activateur
• Tous les avantages du monoflacon : un ratio de mélange toujours parfait
• Minimise les sensibilités post-opératoires
• Facile d'emploi • Indicateur chromatique d'activation
• Adhésion efficace et supérieure
• Disponible en « cliker » ou en flacons
Offre de lancement !
Pour plus de renseignements : N° Vert 0 800 247 420
one and done ACE™
Depuis plus de 20 ans, All-Bond est considéré comme le standard en matière d'adhésion Total-Etch (mordançage total). Bisico renforce son engagement d'excellence avec ACE All-Bond SE, le premier adhésif automordançant qui mérite de porter le nom All-Bond.
bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ
N° Vert 0 800 247 420
Bisico France - BP 60
13680 Lançon de Provence
www.bisico.fr

MAILLEFER

LEADER AVEC VOUS

FRAISE
MISE EN FORME
OBTURATION
RECONSTITUTION
RETRAITEMENT
RÉPARATION
INSTRUMENTATION

Nouveautés 2009

Encore une fois, Maillefer démontre toute son expertise et son savoir-faire en vous proposant quatre nouvelles solutions qui vous permettront d'exceller dans votre pratique de l'endodontie.

Suivez le mouvement.

X-SMART™ EASY

Moteur d'endodontie
sans fil, avec large écran LCD

X-SMART™ DUAL

Moteur d'endodontie
avec localisateur d'apex intégré

START-X™

Inserts endodontiques basés
sur un concept de simplicité
"une pointe = une indication clinique"

PathFile™

Limes de cathétérisme
rotatives en nickel titane

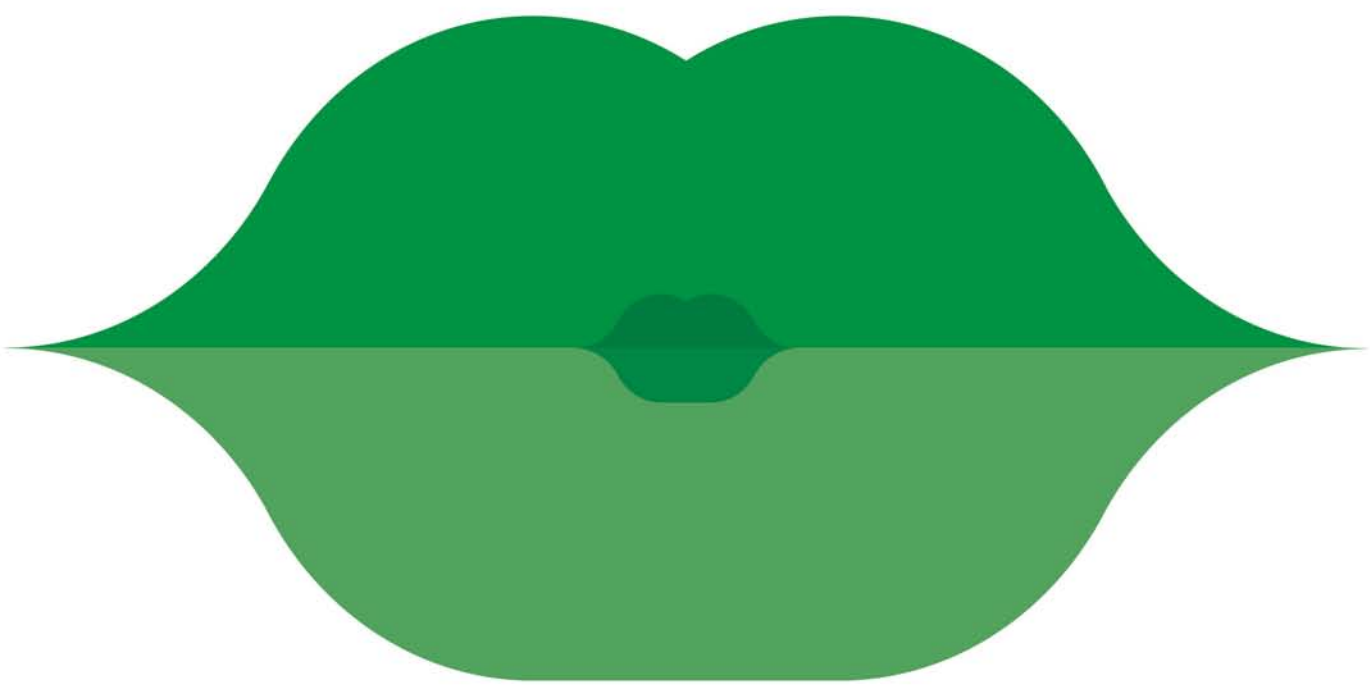
Maillefer - Division de Dentsply France SAS- 4 rue Michaël Faraday - 78180 Montigny le Bretonneux - Tél : 01 30 14 77 77 - Fax : 01 30 14 77 00

CONGRÈS ADF 2009

Rêves & réalité

Du mardi 24 au samedi 28 nov.
Palais des Congrès
Porte Maillot – 75017 Paris

Un praticien sur deux se retrouve à Paris du 24 au 28 novembre… Et vous?



ADF
ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

Si vous n'avez pas reçu le programme, contactez-nous!
Association dentaire française – 7, rue Mariotte – 75017 Paris – France
Tél. : +33 (0) 1 58 22 17 10 – Internet : www.adf.asso.fr

FORMATIONS SOP 2009

› **Travaux pratiques**
jeudi 1er octobre de 9 h à 18 h
Bulletin d'inscription : p. 15

› **Prothèse et occlusion**
jeudi 15 octobre de 9 h à 18 h
Bulletin d'inscription : p. 9

› **Voyage-congrès Antilles**
Du 26 octobre au 3 novembre
Bulletin d'inscription : p. 11

Toutes les informations, tous les comptes rendus *in extenso* sont consultables sur :
www.sop.asso.fr

Une journée complète sur les CCC et les CCM

Plus de 500 praticiens ont participé à la journée de la SOP consacrée aux couronnes céramo-céramiques (CCC) et céramo-métalliques (CCM). Cette journée avait pour but de clarifier les choses dans un domaine où l'omnipraticien a parfois des difficultés à maîtriser l'ensemble des données actuelles.

Ainsi, en ouverture de cette journée, **Yves Samama** proposait-il une conférence destinée à expliciter les différentes indications des CCC et des CCM. Car les deux techniques sont complémentaires et ne doivent pas s'opposer. Il a montré que les CCC impliquaient, pour leur réalisation, la maîtrise de paramètres plus nombreux que pour la réalisation des CCM.

Jacques Déjou a, quant à lui, établi le point précis des différences structurales qui scindent les céramiques en deux grandes familles aux propriétés mécaniques et optiques distinctes.

Dans une conférence illustrée par des cas pratiques, **Gil Tirlet** et **Jean-Pierre Attal** ont fait le point sur les règles impératives de préparation, dont le respect est primordial. Puis ils ont décrit les différents modes d'assemblage où, là encore, le respect de règles fondamentales est indispensable à la réussite.

Enfin, **Christian Moussally** est revenu sur une analyse de la littérature scientifique qui a servi de base à une étude de la HAS commanditée en 2007 par l'assurance maladie afin d'étudier l'opportunité d'inscrire les CCC dans la liste des actes pris en charge. ■

Le résumé de cette journée de la SOP, coordonné par Éric Hazan et publié dans les pages suivantes, a été réalisé grâce au concours d'Yvan Bismuth, de Marc Roché et de Philippe Safar.

Vous souhaitez une formation
en prothèses supra implantaires,
Vous voulez mieux maîtriser vos traitements,

Le Cercle d'Implantologie de Paris 7
vous propose une formation annuelle
en 6 modules et travaux pratiques
consacrés à la prothèse supra implantaire
encadrés par des cliniciens et hospitalo-universitaires
enseignants de l'Université Paris 7

Début des cours 25-26 Septembre 2009
Modules suivants en novembre 2009, janvier, mars, mai et juin 2010

L'enseignement et les TP se dérouleront dans les locaux de la Faculté d'Odontologie Paris 7, 5 rue Garancière 75006 Paris.

Coût de la formation CIP7 : 2600 euros
Accréditation CNFCO n°07942709-08/95

CIP7
Cercle d'Implantologie chirurgicale et Prothétique de Paris 7

Renseignements: cip7 @hotmail.fr

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

YVES SAMAMA

La CCM, c'est fini ?

Synthèse de la première conférence d'Yves Samama, consacrée à la couronne céramo-métallique et à la place qu'elle occupe aujourd'hui dans notre arsenal thérapeutique.

Yves Samama débute sa conférence en abordant d'emblée la problématique de l'esthétique des dents antérieures et de leur environnement parodontal. Il définit les notions de « *white score* » (dents) et de « *pink score* » (gencive), et cela afin de souligner les difficultés cliniques qui se posent à nous lorsque nous devons traiter le secteur antérieur chez un patient.

En effet, la restauration d'une dent nécessitera l'utilisation d'un matériau adapté à la teinte du substrat sous-jacent et certaines restaurations céramo-céramiques ne pourront venir recouvrir une dent très dyschromiée. Par conséquent, la couronne céramo-métallique a encore toute sa place dans notre arsenal thérapeutique. Mais les avantages de la CCM ne se résument pas qu'à cela. Yves Samama aborde successivement les différents intérêts des CCM. Tout d'abord, il dresse un historique détaillé de la CCM et de ses évolutions successives au cours des cinquante dernières années. Cela constitue une somme de connaissances inestimable et démontre l'extraordinaire capacité de la CCM à s'adapter aux formes cliniques les plus variées.

Yves Samama présente ensuite les avantages de la CCM. Concernant la capacité de la CCM à s'adapter aux différentes formes cliniques rencontrées, elles sont en rapport avec des destructions dentaires traumatiques ou carieuses, avec la variabilité anatomique des organes dentaires et avec leurs positions dans l'environnement buccal. Ainsi, les cliniciens seront amenés à traiter des formes infinies de cas cliniques. La CCM présente une souplesse d'utilisation et une tolérance qui lui permettent de résoudre ces nombreuses propositions cliniques aussi difficiles que variées. Des propos magistralement illustrés par des cas cliniques où le dessin des infrastructures métalliques permettait au clinicien de proposer des *bites stops* métalliques au centre de la face palatine, le reste de la construction se faisant en céramique.

S'agissant des parafonctions, il est possible de recourir à la CCM lorsque l'occlusion est un problème, en particulier quand le volume destiné à la réalisation de la couronne est réduit. Dans ce cas précis, il arrive de devoir faire appel aux constructions monoblocs. Enfin, ce sont des constructions qui permettent de protéger les dents fragilisées, grâce à un bandeau métallique périphérique.

En résumé, Yves Samama pense que la CCM conserve une place importante dans notre arsenal thérapeutique prothétique, et que les techniques les plus avancées des systèmes céramo-céramiques ne peuvent en aucun cas remplacer la couronne céramo-métallique. ■

CE QU'IL FAUT RETENIR

La réalisation d'une CCC est plus complexe que celle d'une CCM, car les paramètres à maîtriser sont plus nombreux :

- choix des matériaux d'infrastructure, métal ou céramique, en fonction de la valeur intrinsèque de la dent à restaurer ;
- choix, en fonction du substrat dentaire, de la céramique d'infrastructure, de la céramique cosmétique et du mode d'assemblage ;
- connaissance des procédés de fabrication au laboratoire ;
- réglage et contrôle de l'occlusion.

Le métal, ce n'est pas fini ! Il ne faut pas opposer CCC et CCM. Elles ont chacune leurs indications selon les conditions cliniques ainsi que le rendu fonctionnel et esthétique désiré.

La CCM est indiquée pour les dents postérieures, en cas d'occlusion défavorable, si la hauteur clinique est faible. La CCC est indiquée pour les dents antérieures, si la demande esthétique est élevée, lorsque le patient est réfractaire au métal.

YVES SAMAMA

Identifier les indications des CCC et des CCM : mode d'emploi

Pour Yves Samama, il s'agit de maîtriser les indications des CCC et des CCM et non pas d'opposer les deux techniques. La synthèse de sa conférence.

Dans les teintes claires, translucides et semi-translucides, la présence de la chape métallique des CCM a des conséquences sur le résultat esthétique. Les couches cosmétiques et opaques remplissent, seules, le rôle cosmétique.

Avec les CCC, il existe une complémentarité chromatique entre la couche cosmétique et la céramique d'armature dans l'obtention de la teinte. Pour les CCC, l'équation liée à la réussite de la teinte peut se résumer à quatre paramètres :

- le choix fait en fonction des qualités optiques des matériaux d'une céramique d'armature ;
- une céramique cosmétique ;
- la nécessité de procéder à l'identification du substrat dentaire sous-jacent ;
- le choix d'un matériau d'assemblage.

S'agissant de l'identification du support dentaire, sa teinte définit un « *white score* », selon Yves Samama, qui demeure le paramètre important. Il diffère selon que la dent est pulpée ou dépulpée, mais également si la dent est reconstituée par un onlay de reconstitution. L'environnement parodontal peut influer sur la teinte (par exemple, dans le cas d'une dent à racine très dyschromiée et au biotype parodontal fin).

Propriétés / Matériau	Composition	Flexion MPa	Translucidité Propriété optique
Vitrocéramique	Céramique feldspathique + disilicate de lithium	350	+++
Céramique infiltrée Spinell	Oxyde d'alumine et de magnésium	350	+++
Céramique infiltrée Alumina	Oxyde d'alumine	500	+
Céramique infiltrée Zirconia	Oxyde d'alumine et de zircone (30 %)	700	-
Alumine de haute densité	Oxyde d'alumine	700	+
Zircone Y-TZP/HIP	Dioxyde de zirconium partiellement stabilisé par l'yttrium	1 100	+/-

Tableau 1. Propriétés des systèmes céramo-céramiques.

MATÉRIAU ET SUBSTRAT DENTAIRE

Voici au préalable quelques définitions. La teinte est la couleur de base définie par les adjectifs bleu, rouge, vert, etc. La luminosité est la quantité de lumière renvoyée par le support coloré vers notre œil. La saturation est la quantité de pigments colorés dans une masse. En fonction de la luminosité et de la saturation du support dentaire – en ayant toujours à l'esprit le souci de l'économie tissulaire et de l'environnement parodontal –, on choisira un matériau de façon à optimiser le pronostic esthétique. Le choix pourrait se résumer aux vitrocéramiques (système de type Empress®), aux céramiques infiltrées (système de type In-Ceram®) et enfin, aux céramiques polycristallines de haute densité (système de type Procera Alumina® ou Zirconia®) **(tableau 1)**.

Il existe trois situations cliniques types auxquelles correspondent différentes indications de céramiques d'armature.

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

PREMIÈRE SITUATION CLINIQUE TYPE

Elle concerne les dents pulpées faiblement dyschromiées et/ou faiblement délabrées. C'est l'indication des vitrocéramiques ou des céramiques infiltrées (version Spinell), parce que plus translucides. Concernant les vitrocéramiques, la réalisation au laboratoire d'une céramique d'armature peut être la suivante (et cela qu'il s'agisse de facettes ou de couronnes périphériques) : les cires sont élaborées sur le modèle de travail, puis mises en revêtement. Après la chauffe du cylindre, le matériau céramique à l'état liquide est injecté à chaud dans le moule réfractaire. Une fois l'armature obtenue, une découpe du bord libre est réalisée afin d'individualiser la forme et de modifier la luminosité de la CCC (c'est la technique du *cut back*). Le noyau dentaire donne à la future facette ou couronne sa tonalité chromatique et sa saturation, la facette ou la couronne ne faisant que transmettre cette dimension colorée (concept biomimétique de Magne et Belser) en augmentant la luminosité.

DEUXIÈME SITUATION CLINIQUE TYPE

Il s'agit des dents pulpées fortement dyschromiées ou des dents dépulpées avec inlay-core sur des dents moyennement dyschromiées. C'est l'indication de l'alumine polycristalline de haute densité (type système Procera®) ou du In-Ceram® (version Alumina) infiltrée par un verre adapté à la teinte. Le In-Ceram peut être utilisé de façon artisanale ou dans sa version CAD/CAM (système Cerec®). Ces deux premières indications sont illustrées par la situation clinique suivante : six couronnes en vitrocéramique sont réalisées dans le secteur antérieur. La particularité de ce cas est liée à la présence d'une dent fortement dyschromiée alors que les autres sont pulpées. La technique du *cut back* (découpage du bord libre et stratification) est adoptée sur les cinq dents vivantes. Sur la dent dépulpée, fortement colorée, une chape opaque est réalisée, puis une stratification classique. Cela conférera à l'ensemble une luminosité homogène car le même matériau est utilisé.

TROISIÈME SITUATION CLINIQUE TYPE

Elle s'applique aux dents non vitales fortement colorées. En cas de biotype gingival fin, défavorable, et de sourire gingival, il est souhaitable de procéder à un épaississement de la gencive par la technique du conjonctif enfoui. Au laboratoire, c'est l'indication pour la réalisation de la céramique d'armature des céramiques infiltrées (version Zirconia®) ou de la zircone associée à des céramiques fluorescentes ou opaques. Une autre possibilité existe lorsque la procédure d'épaississement du parodonte est récusée : celle de rattraper, par le biais du cosmétique, la dyschromie cervico- radiculaire :

- soit la coque en Zirconia® fait écran pour faire obstacle à la coloration de la racine 1 ;
- soit on procède à une découpe de la coque et l'on dispose de la céramique fluorescente au niveau cervical en tirant parti de la propriété optique intrinsèque du matériau 2 3.

En conclusion, la technique, aussi maîtresse soit-elle, ne peut remplacer la pertinence de l'indication **(tableau 2)**. ■

1

2

3

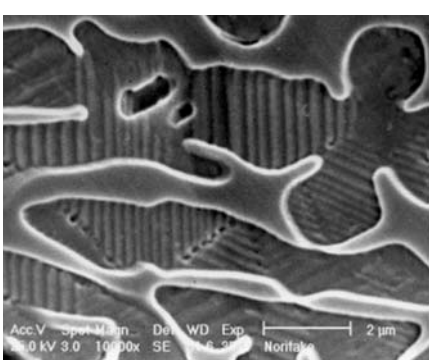
Matériau / Teintes du substrat	Vitro-céramique	In-Ceram	Alumine	Zircone	Céramo-métallique
Forte luminosité Faible saturation	++++	Spinell ++++ Alumina +++	+++	+/-	-
Faible luminosité Forte saturation	++	Alumina +++	+++	++	+
Faible luminosité Forte saturation	-	Zirconia +++	+	+	+

Tableau 2. Arbre décisionnel simplifié.

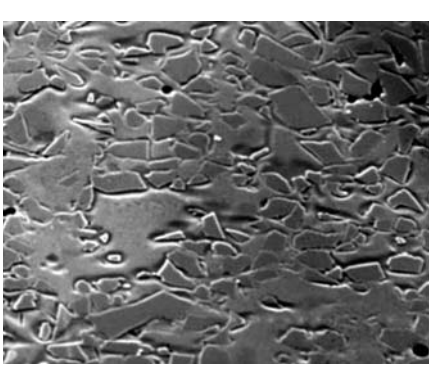
JACQUES DÉJOU

Les grandes familles de céramique et leurs différentes propriétés

Classifier pour mieux maîtriser les deux familles de céramique dont les propriétés mécaniques et optiques sont différentes. Synthèse de la conférence de Jacques Déjou.



MEB céramique feldspathique : image en microscopie électronique à balayage (MEB) d'une céramique feldspathique (riche en silice) à matrice vitreuse.



MEB céramique In-Ceram : image en microscopie électronique à balayage (MEB) d'une céramique alumineuse (In-Ceram Alumina, Vita) à matrice cristalline.

Comment s'y retrouver dans le monde de plus en plus vaste des céramiques quand une grande diversité de matériaux et de techniques ont leurs indications ? C'est le cas clinique qui conditionne les choix du matériau et de la technique les plus adaptés et non pas l'habitude d'utiliser tel ou tel matériau.

La céramique est un composé minéral fabriqué dont la structure est biphasée. La phase vitreuse (ou verre) constitue une matrice dans laquelle est dispersée une phase cristalline très organisée. Ce cristal dispersé dans la phase vitreuse augmente la résistance du verre dont on sait qu'il est fragile. À l'état métastable, il existe des microfissures dans la céramique, mais la progression de ces fissures est bloquée ou ralentie par les particules cristallines car elles augmentent leur trajet de propagation ou l'interrompent.

Historiquement le problème du choix ne se posait pas : nous ne disposions que de céramiques feldspathiques dont la faible résistance mécanique imposait l'utilisation d'une armature métallique pour les coiffes de recouvrement, et le collage pour les inlays et les onlays.

La céramique se présente sous la forme d'une poudre composée de particules dont les granulométries sont comprises entre 4 et 100 µm et auxquelles s'ajoutent des plastifiants (alginate, sucre) et des colorants. La mise en œuvre est réalisée par mélange avec de l'eau distillée. On passe de cette pâte à la céramique au moyen d'un traitement thermique dit de « *frittage* » pour obtenir un corps sans porosité. On peut classer les céramiques en fonction de leur température de cuisson, mais une telle classification ne nous dit rien de la technique de mise en œuvre ni des caractéristiques de ces différentes céramiques. Les nouveaux matériaux céramiques rendent cette classification obsolète. Une classification plus pertinente basée sur leur composition, la technique de mise en forme et sur des caractéristiques de microstructure a été proposée. En effet, les propriétés requises pour une prothèse sont la résistance mécanique, la précision d'adaptation et les propriétés optiques qui dépendent de ces caractéristiques.

CINQ MATÉRIAUX DISPONIBLES

Les céramiques feldspathiques sont composées de 55 % à 78 % de silice (SiO_2) et de moins de 10 % d'alumine (Al_2O_3) car, au-dessus de 10 %, l'opacité de la céramique augmente. Elles contiennent aussi des oxydes modifi-

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

cateurs qui permettent d'adapter le coefficient de dilatation thermique à celui de l'alliage métallique d'infrastructure.
Aujourd'hui, nous avons à notre disposition :

- des céramiques feldspathiques ;
- des céramiques feldspathiques de deuxième génération telles qu'Optec HC® ;
- des vitrocéramiques (Empress® I et II) ;
- des céramiques alumineuses, infiltrées de verre. C'est la gamme In-Ceram®. In-Ceram® Alumina, qui contient 85 % d'Al_2O_3 et In-Ceram® Zirconia, dans laquelle l'adjonction de ZrO_2 augmente la résistance mécanique. Ce sont deux céramiques d'infrastructure très opaques. Avec In-Ceram® Spinell, le $MgAl_2O_4$ fait gagner en translucidité. Ce sont des céramiques présentant une matrice cristalline à 85 % avec 15 % de verre infiltré ;
- des céramiques totalement cristallines à base d'alumine (Procera®) ou de zircone qui sont en fait des céramiques sans verre et dont la microstructure est finalement proche de celle d'un alliage métallique.

CÉRAMIQUES COSMÉTIQUES ET D'INFRASTRUCTURE

Au regard de leur structure, on peut donc simplifier la classification en trois types de céramiques :

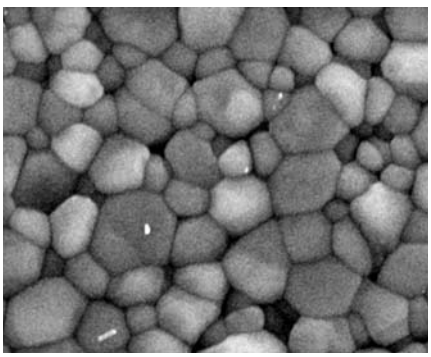
1. Les céramiques à matrice vitreuse à base de silice (feldspathiques) ;
2. Les céramiques à matrice cristalline à base d'alumine et/ou de zirconium infiltrées de verre ;
3. Les céramiques à base d'alumine ou de zircone totalement cristallines.

Finalement, on peut aussi considérer qu'il n'y a que deux types de céramiques : les céramiques feldspathiques, qui sont des céramiques cosmétiques, et les céramiques cristallines, qui seront les céramiques d'infrastructure.

La zircone existe sous trois formes allotropiques en fonction de la température. Elle cristallise dans le système monoclinique (M) à température ambiante, dans le système tétragonal (T) à 1 100 °C et dans le système cubique (C) à 2 300 °C. Ces changements de structure induisent des contraintes au sein du matériau, qui sont cause de fractures au moment du refroidissement après frittage. Pour éviter cela, il a fallu parvenir à stabiliser la phase tétragonale à température ambiante. C'est par le dopage de la zircone avec 3 % d'oxyde d'yttrium pour obtenir l'yttria-tetragonal-zirconia-polycristal (Y-TZP) que ce problème a été résolu.

TRANSFORMATION ALLOTROPIQUE DE LA ZIRCONE

Ainsi, lorsque des contraintes s'exercent sur ce matériau on assiste à la transformation martensitique réversible d'une structure tétragonale vers une structure monoclinique avec pour effet son renforcement, en rapport avec l'expansion des particules cristalline et la fermeture des fissures. Il s'agit d'un mécanisme d'autoprotection du matériau. Dans ces conditions, ce matériau ne peut être mis en œuvre que par CFAO. Il existe sous deux formes : la forme HIP *(hot isostatic pressure)*, dense car totalement frittée et peu usinable, et la forme CIP *(cold isostatic pressure)*, poreuse, qui est préfrittée et facilement usinable. La forme CIP doit donc subir une cuisson finale qui s'accompagne d'une contraction compensée par le logiciel de CFAO. Cela aboutit à une amélioration des propriétés mécaniques : on obtient une augmentation de la résistance à la flexion, et la ténacité est multipliée par trois. Mais il subsiste quand même quelques problèmes. La transformation tétragonale-monoclinique finit par être irréversible.
Ainsi, le sablage, les meulages qui constituent des contraintes vont transformer ...

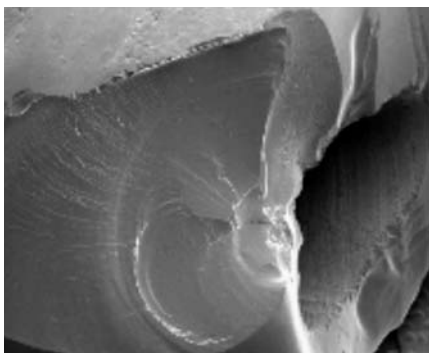


MEB céramique zircone : image en microscopie électronique à balayage (MEB) d'une céramique totalement cristalline (cristaux de ZrO_2) : Y-TZP.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Si l'on considère leur structure, les diverses céramiques peuvent se résumer à deux familles : la première, riche en silice, présente une matrice vitreuse, et la seconde, à base d'alumine ou de zircone, une matrice cristalline.
De la même façon, leurs propriétés mécaniques distinguent ces deux familles : celle dont les propriétés mécaniques sont faibles et qui nécessite soit le collage soit l'utilisation d'une infrastructure plus résistante, et celle dont les propriétés mécaniques sont élevées pour lesquelles le collage et/ou l'infrastructure ne sont pas nécessaires.
Les céramiques translucides auront vocation à être utilisées comme céramiques cosmétiques, alors que les céramiques plus ou moins opaques serviront de céramiques d'infrastructure.

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009



Fracture... : image en MEB caractéristique d'une fracture de type céramique cosmétique sur une couronne céramo-céramique à infrastructure en zircone.

... ce matériau. Le vieillissement hydrique produit les mêmes effets, trois fois plus rapidement à 37 °C qu'à température ambiante.

CHIPS ET *CRACKS*

Le principal problème rencontré avec ces céramiques concerne la céramique cosmétique. Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents sur les CCC à base zircone que sur les autres CC : ce sont des petits éclats de céramique *(chips)* qui se détachent de la surface de la restauration, des petites fêlures *(cracks)* qui apparaissent, de petits défauts de structure. Ces éclats se détachent du fait de contraintes résiduelles à la jonction de la céramique d'infrastructure et de la céramique cosmétique, qui sont provoquées par une inadaptation des coefficients de dilatation thermique des deux céramiques. Le frittage de la céramique feldspathique entraîne une conversion de la céramique d'infrastructure en zircone, qui passe de façon irréversible d'un réseau tétragonal à un réseau monoclinique. On voit donc qu'avec la zircone, tous les problèmes ne sont pas encore réglés.

Lorsque l'on considère les propriétés optiques des différentes céramiques d'infrastructure, la translucidité décroît de l'IPS Empress II® dentine, la Vita In-Ceram® Spinell, la Vita In-Ceram® Alumina, à la Vita In-Ceram® Zirconia et la Cercon® Y-TZP (et autres céramiques à base zircone). ■

PREMIER CENTRE DE FORMATION
DES ASSISTANT(E)S DENTAIRES
CNQAOS
98 Chemin des Bourdons 93221 GAGNY CEDEX
Tel. : 01.41.53.53.53.
Fax : 01.41.53.89.93.
infos@cnqaos.fr www.cnqaos.asso.fr
L'assistante dentaire joue un rôle prépondérant au sein de votre cabinet. Elle est l'auxiliaire incontournable tant au niveau de l'accueil que du plateau technique
C.N.Q.A.O.S.
CNQ Aos

J.-P. ATTAL

G. TIRLET

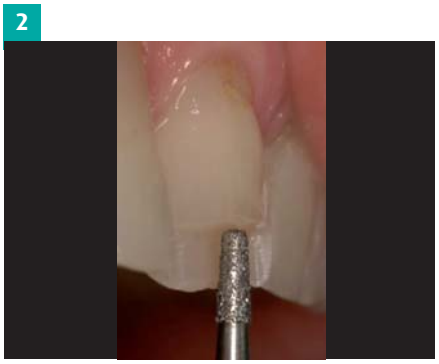
Préparation et assemblage : les deux clefs du succès

Pour obtenir une intégration parfaite de la céramique au niveau biologique, esthétique, mécanique et fonctionnel, il convient de respecter des règles précises lors de la préparation puis de l'assemblage. Synthèse de la conférence de Gil Tirlet et Jean-Pierre Attal.

1

Vue clinique de la clé de réduction tissulaire verticale (CRTV) après section verticale. La moitié distale de cette dernière est mise en situation sur la dent avant préparation, ce qui permet de garder en mémoire la morphologie de la dent initiale.

2



L'épaisseur de la réduction à cet endroit se situe entre 12/10 et 15/10 de mm. Un épaulement intermédiaire est ainsi créé à l'issue de cette séquence de préparation.

Selon les conclusions de la Haute Autorité de santé (HAS), les procédés céramo-céramiques peuvent être proposés en première intention dans le secteur antérieur pour les couronnes unitaires dento-portées, en l'absence de parafonction et de forme sévère de bruxisme [1]. Les écueils et les échecs les plus fréquents sont les sur ou sous-contours, la visibilité des marges, la violation de l'espace biologique, l'intégration, le descellement/décollement, la fracture. Pour chacun de ces écueils ou échecs, c'est tantôt la préparation, tantôt l'assemblage qui est en cause. Dans tous les cas, en présence de préparations défaillantes ou d'assemblages inefficaces, on ira inéluctablement à l'échec.

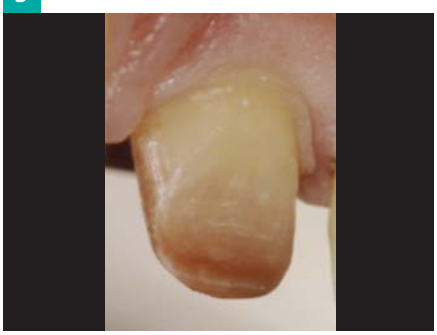
Il existe trois conditions préalables à l'intégration d'une prothèse fixée : un parodonte sain ou stabilisé, une préparation raisonnée et, enfin, une prothèse provisoire de qualité. Le biotype parodontal fin et plat est considéré comme particulièrement à risque (attention aux manœuvres cliniques d'accès aux limites cervicales notamment). Le biotype parodontal épais et convexe est plus tolérant.

Pour éviter les écueils, il convient de respecter l'espace biologique, de ménager le volume prothétique et de disposer d'une préparation rétentive. Il est nécessaire de réaliser une clé de réduction tissulaire verticale (CRTV) en silicone afin d'en contrôler l'épaisseur. L'importance du volume prothétique et la situation des futures restaurations sont des éléments capitaux.

S'agissant des limites cervicales, leur situation peut être supra, juxta ou intrasulculaire. Elle dépend de la nature du support, de la nature de la construction prothétique (CCM/CCC), de la coloration du support, de la présence éventuelle d'une reconstitution corono-radiculaire (RCRC ou RMIPP) et, enfin, du biotype parodontal. Pour les CCM, la forme sera un épaulement droit, à angle interne arrondi ou chanfreiné pour la marge cervico-vestibulaire, un épaulement chanfreiné, un congé ou un congé chanfreiné pour le reste de la périphérie de la préparation. Pour les CCC, la forme sera un épaulement à angle interne arrondi sans angle vif ni arête. S'agissant de la profondeur des limites cervicales, il n'existe pas au total de distinction significative entre CCC/CCM. Elle est fonction du matériau (nature et type de céramique) et de la situation clinique (coloration du support, rapports d'occlusion...).

...

3



Visualisation du mur lingual dont la hauteur doit être au minimum de 3 mm pour un angle de dépouille au sommet compris entre 10 et 20 ° (Goodacre et coll.). À cette fin, l'axe de l'instrument doit être maintenu le plus précisément possible dans le grand axe de la préparation.

4

Insert ultrasons lisse lors de l'étape d'ultrafinition.

… MÉTHODOLOGIE CLINIQUE

S'agissant de l'instrumentation, on peut choisir des fraises diamantées ou des fraises en carbure de tungstène (fraises Predator® Accu-Prep – Prima Dental Group-Codimed). Chaque type de fraise présente des avantages et des inconvénients **(cf. tableau ci-dessous)**.

Les fraises en carbure de tungstène, en diminuant la quantité de boue dentinaire, augmentent la qualité du collage des systèmes automordançants (Yiu et al., 2008). Ce problème peut être néanmoins contourné avec les fraises diamantées si on utilise un système de collage avec mordançage préalable.

En ce qui concerne les fraises diamantées, les fabricants proposent maintenant différents kits de fraises :

- fraises Dexter Dental Emco Cavex ;
- fraises Diatech ; Coltène Whaledent.

Notre choix instrumental concernera des fraises à épaulement à angle interne arrondi des coffrets suivants :

- Komet 4278 ;
- Ibox (Komet) : permet de respecter scrupuleusement la méthodologie de la préparation proposée.

Les aides optiques sont conseillées avec un grossissement de 2,5 ou 2,8 et l'apport d'un éclairage coaxial (C'Dentaire, Orascoptic).

S'agissant de l'observation clinique initiale, elle permet de mettre en évidence la valeur de l'espace biologique par simple sondage, le « *zénith gingival* » ou « *point haut* », les grands axes dentaires, la triangularité de la dent (indice mésio-distal de Le Huche), l'orientation des faces vestibulaires et le profil d'émergence axial. On réalisera également une radiographie initiale (impératif biologique sur dent pulpée). Chiche et Pinault (1995) ont montré que l'insuffisance de préparation à la jonction du tiers apical et des deux tiers cervicaux conduisait le plus souvent à un échec au niveau de l'intégration esthétique de la restauration. Il convient par ailleurs de respecter le profil d'émergence. Enfin, la morphologie de la face linguale permet d'assurer la rétention de la préparation (importance du « *mur lingual* »).

Voici les différentes étapes de préparation de la dent support :

Étape 1 : réduction occlusale calibrée de 2 mm ; elle doit être vérifiée avec des clés en silicone ;

Étape 2 : mise en place d'un épaulement intermédiaire à la jonction tiers incisif/deux tiers cervicaux (14/10 à 17/10 de mm) directement fonction, bien entendu, de l'épaisseur mesurée de la dent à ce niveau avant préparation ;

	Avantages	Inconvénients
Fraises diamantées	Efficacité de coupe Absence de ressaut	Usure Bourrage Granulométrie
Fraises en carbure de tungstène	Efficacité de coupe État de surface en un passage Faible bourrage	Absence d'épaulement à angle interne arrondi pour le moment Très peu de tolérance au niveau de la mise en œuvre

Avantages et inconvénients de chaque type de fraise.

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

Étape 3 : préparation des deux tiers cervicaux (12/10 à 15/10 de mm). Stein, Mac Lean, Preston, Miller suggèrent une épaisseur minimale de 1,4 mm en vestibulaire pour tous les types de céramique ;
Étape 4 : préparations proximales. On conseille d'utiliser des *fender wedges* (Pred) car deux tiers des surfaces proximales sont lésées et les lésions carieuses progressent sur cette surface. On crée des gorges proximales de 8/10 à 10/10 de mm ;
Étape 5 : préparation sous-cingulaire : il est important de respecter la partie verticale sous le cingulum afin d'obtenir un mur lingual d'au moins 3 mm sous ce dernier pour un degré de convergence au sommet compris entre 10° et 20° (Goodacre et coll.) ;
Étape 6 : préparation cingulaire d'une épaisseur de 1 mm ; préparation linguale et contrôle des épaisseurs ;
Étape 7 : étape des finitions et ultrafinition (Usons Kit US Acteon) à l'aide d'un fin cordonnet éverseur. La qualité de la surface a une influence sur la qualité du collage.
L'angle de dépouille sera compris entre 10° et 12° ; il est contrôlé avec une clé de réduction.

COURONNES CÉRAMO-CÉRAMIQUES

S'agissant de l'influence du processus de mise en œuvre de couronnes céramo-céramiques, il convient de connaître les particularités des règles de préparation pour les couronnes réalisées par les CFAO. Concernant l'acquisition optique (caméra/laser) (CEREC), la rigueur est impérative concernant la dépouille (très problématique lors de la réalisation d'un bridge) ; il faut également absolument éviter les béquets. Concernant l'acquisition mécanique (NOBEL), le mouvement hélicoïdal entraîne certaines difficultés d'enregistrement des angles vifs ; le diamètre du palpeur atteint 2,5 mm, d'où des difficultés d'enregistrement de l'angle interne arrondi. Enfin, lorsque l'usinage se fait par fraisage, il faut que l'épaisseur du bord libre de la préparation soit supérieure au diamètre minimal des fraises qui vont usiner l'intrados.

ASSEMBLAGE DES VITROCÉRAMIQUES

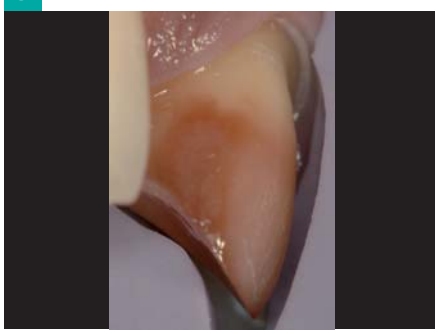
Le collage est impératif : il renforce la céramique. Il s'effectue sans sablage car celui-ci éliminerait un volume important de vitrocéramique et serait responsable de la création de microfissures. La procédure comprend trois temps :

- Un traitement de surface à l'acide fluorhydrique (HF de 4 % à 9 %). HF agit sur la silice et doit être appliqué pendant 1 minute pour l'Empress I® et 20 secondes pour l'Empress II® ou l'e.max® (Ivoclar-Vivadent). Il faut ensuite rincer au moins 30 secondes et sécher soigneusement pour obtenir un aspect blanc crayeux.
- La mise en place d'un silane. Pour que le silane soit efficace, la surface doit contenir de la silice et il doit être hydrolysé et condensé. Le silane peut être monocomposant (préhydrolysé), comme le Monobond-S® (Vivadent) ou le Silane Primer® (Kerr), ou bicomposant (non préhydrolysé), comme le Porcelain Liner® (Sun Medical). Le silane a une double action : il lie la céramique et la colle de façon covalente avec élimination d'une molécule d'eau, et constitue un agent de mouillage pour la colle.
- L'utilisation d'une colle duale. Avec système automordançant : Multilink Automix® (Vivadent) ou Futurabond DC® + Bifix QM® (Voco). Avec prémordançage : Optibond Solo Plus® (Kerr) et Nexus 3® (Kerr).

ASSEMBLAGE DES CÉRAMIQUES INFILTRÉES ET POLYCRISTALLINES

En général, il n'est pas nécessaire de coller ce type de céramique. On peut ...

5



Vue finale d'une préparation pour couronne céramo-céramique sur une incisive maxillaire, clé de réduction tissulaire verticale (CRTV) en place.

6

Vue clinique de deux préparations sur incisives centrales maxillaires pour céramo-céramiques.

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

7

Situation clinique après assainissement parodontal dans ce cas de réhabilitation du sourire.

8

Vue clinique des préparations conformément à la méthodologie proposée. Ici, comme nous sommes dans le cas de supports non colorés ou très faiblement colorés, la vitrocéramique (e.max® – Ivoclar Vivadent) a été sélectionnée. C'est une indication de choix dans ce type de situation dans le secteur antérieur.

9

Vue clinique après assemblage des 6 vitrocéramiques e.max® par collage au Nexus 3®/Optibond Solo Plus® (Kerr). Laboratoire Serge Tissier, Paris.

••• utiliser un CVIMAR : Fuji Plus® (GC), Riva Luting Plus® (SDI), Meron Plus® AC (Voco). Il convient de toujours utiliser le traitement de surface préconisé sur la dentine. L'autre possibilité est d'utiliser une colle autoadhésive comme le RelyX Unicem® (3M-Espe), Total Cem® (Itena), MaxCem Elite® (Kerr), BisCem® (Bisico). Il est indispensable de maintenir une pression pendant 30 secondes au moins.

Dans les situations rares où il faut coller, pour les céramiques infiltrées, on aura recours soit au système Rocatec® (Espe-3M) suivi de la mise en place d'un silane et d'une colle, soit au sablage de l'intrados suivi du collage à l'aide de Panavia® (Kuraray). Pour les céramiques polycristallines, le collage est rendu difficile par le danger du sablage sur l'alumine et la zircone, l'insensibilité de cette famille de céramique à l'HF et l'insuffisance de liaison chimique avec le silane, puisque ces surfaces ne contiennent pas de silice. Les deux solutions sont :

- Avec sablage : Rocatec® + silane + colle, ou Panavia®. Ces méthodes posent des problèmes respectivement de vieillissement et liés au sablage comme il a été dit précédemment.
- Sans sablage : Monobond Plus® (Vivadent).

Enfin, des études en cours ouvrent de nouvelles perspectives pour le collage sur la zircone.

INFLUENCE DE LA TEINTE DE LA COLLE

Il existe deux types de composites de collage : d'une part les opaques (blancs ou jaunes) qui possèdent un pouvoir masquant et réflecteur, et d'autre part les translucides (colorés ou transparents). Les deux facteurs d'influence clinique sont la nature et l'épaisseur de la céramique d'une part, l'épaisseur de la colle d'autre part.Si l'épaisseur de la colle est inférieure à 100 µm, l'influence de sa teinte est quasi-nulle. Si l'épaisseur est comprise entre 150 µm et 200 µm, ce qui est plus réaliste en clinique, l'influence est faible. Le problème se pose surtout dans le cas d'une préparation dentinaire et de l'utilisation d'une vitrocéramique. Il convient :

- d'utiliser une teinte proche de celle choisie, surtout si la limite est visible (universelle ou jaune, se méfier du marron) ;
- de ne jamais utiliser une colle opaque.

Il faut donc savoir que, si l'épaisseur de la céramique est faible et l'épaisseur du joint importante, c'est une situation à risque. Le transparent est à réserver aux préparations strictement amélaires. ■

(1) has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synt_prothèses_dentaires_vf.pdf

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Réaliser un projet esthétique et utiliser une clé de réduction.
- Adopter une méthodologie de préparation rigoureuse. Dialoguer avec son prothésiste en particulier quand la CFAO est utilisée (éventuelles répercussions du système utilisé sur votre préparation).
- Adapter le mode d'assemblage à la nature de la céramique d'infrastructure, au type de restauration et au degré de rétention de la préparation.
- Recourir à des photographies numériques comme vecteurs d'échanges avec le laboratoire de prothèse.

CHRISTIAN MOUSSALY

CCC *versus* CCM : que dit la littérature scientifique ?

Efficacité, sécurité et indications : un groupe de travail réunit par la HAS a dressé en 2007 un état des connaissances sur la question. Synthèse de la conférence de Christian Moussaly.

La HAS a réuni en 2007, à la demande de la CNAMTS, un groupe de travail pour étudier l'opportunité médicale d'inscrire la couronne céramo-céramique (CCC) sur la liste des actes remboursables. Ce groupe de travail devait établir l'état des connaissances actuelles en termes d'efficacité, de sécurité et d'indications des CCC et préciser les perspectives des performances mécaniques des matériaux céramiques. La méthode a consisté à dresser une analyse critique de 49 articles scientifiques portant sur des études *in vivo* exclusivement d'évaluation des performances cliniques des CCC, puis à recueillir la position des professionnels réunis dans le groupe de travail.

Les avantages et les inconvénients des CCC et des CCM ont été établis comme indiqué sur le tableau ci-contre.

Les différents échecs des CCC et des CCM sont :

- fracture de l'infrastructure ;
- fracture de la céramique cosmétique ;
- descellements et caries secondaires ;
- complications pulpaires et parodontales ;
- complications esthétiques.

La fracture de l'infrastructure métallique reste très rare. Pour les éléments unitaires, le métal se déforme. En prothèse plurale, la fracture se situe essentiellement au niveau de la connexion des éléments.

Pour la céramique, la cassure se produit sans déformation préalable. La fracture d'infrastructure existe en prothèse unitaire ou plurale. Dans ce dernier cas, la cassure peut avoir lieu au niveau de la connexion des éléments ou encore au sein d'un élément.

La fracture dépend de la nature et du dessin de l'infrastructure céramique, surtout dans les cas de bridges. ...

	Couronnes antérieures	Couronnes postérieures
e.max	●	●
In-Ceram Spinell	●	●
In-Ceram Alumina	●	●
Procera alumine	●	●
In-Ceram Zirconia	●	●
Zircone	●	●

Recommandations de la HAS : ● conseillé ● recul clinique insuffisant ● déconseillé

	Céramo-céramiques	Céramo-métalliques
Biocompatibilité	●	●
Économie tissulaire	●	●
Propriétés optiques	●	●
Propriétés mécaniques	● ●	●
Recul clinique	● ●	●

Avantages et inconvénients théoriques : ● favorable ● insuffisant ● défavorable

MAURICE 2009

LES CADUCEES A MAURICE

Organisation CHAUMONT VOYAGES

MANOR – LIC 09298001550

Partenaire de la SOP depuis plus de 30 ans

Du 5 au 13 décembre 2009

Extensions possible avant ou après

5 jours de compétition en double

A partir de 3300 €

Hôtel LE PARADIS

3 PARCOURS :

LE PARADIS
TAMARINA
CHATEAU BEL-OMBRE

La convivialité des Caducées du Golf
Le professionnalisme de Chaumont Voyages

Renseignements : Chaumont Voyages Tel : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50
email : jchaumont@chaumontvges.com – caduceesdugolf@orange.fr

L'essentiel de la journée sur les CCC et les CCM, 10 mars 2009

Concernant l'infrastructure en vitrocéramique (Empress II®, e.max®), le moyen d'assemblage est très important et le collage est vivement conseillé. La HAS recommande cette céramique d'infrastructure pour les restaurations unitaires dans le secteur antérieur et ne la conseille pas dans les secteurs postérieurs.

Pour les infrastructures en céramique infiltrée, l'In-Ceram Alumina® a un taux de survie de 97,8 % à 100 % dans le secteur antérieur ce qui est comparable aux CCM. Dans le secteur postérieur, le taux de survie est de 92 à 100 %. Pour les armatures réalisées par CFAO les performances sont identiques aux CCM. La HAS recommande les céramiques infiltrées pour les couronnes unitaires antérieures et postérieures.

Concernant l'infrastructure en alumine Procera®, dans le secteur antérieur, le taux de survie est de 96,7 % à 100 %. Dans le secteur postérieur, ce taux de survie est de 91,3 % à 95,15 %. Ces résultats sont relativement proches des CCM. Les échecs observés sont des descellements et des fractures de la céramique cosmétique accompagnées quelquefois de fractures de la céramique d'infrastructure.

Pour la zircone, en 2007, il n'existait aucune étude identifiée par la HAS sur la couronne unitaire à infrastructure en zircone. Depuis, des études (Denry en 2007 et Christensen en 2008) font état de beaucoup plus d'échecs avec les CCC à armature en zircone qu'avec les CCM (éclats de la céramique cosmétique). Cependant les fractures en bloc sont rares. ■

CE QU'IL FAUT RETENIR

Les paramètres du succès sont :
- une occlusion équilibrée et stable ;
- le respect des règles de préparation ;
- le choix raisonné du matériau d'infrastructure ;
- le respect des règles d'assemblage ;
- la communication avec le laboratoire de prothèse.

CE QUE VOUS EN AVEZ PENSÉ

« UN POINT PRÉCIS SUR LES MATÉRIAUX »

Yaël Djian,
35 ans, omnipraticienne à Paris (75)

« Dans mon exercice, je pratique la couronne céramique et, pendant cette journée, j'ai approfondi mes connaissances de manière très positive. Mieux informé, on se sent mieux. Car le problème dans notre profession, c'est le manque de données sur les caractéristiques des matériaux. En faisant un point précis sur les choix et indications, cette formation m'a aussi permis d'améliorer mes échanges avec mon prothésiste. Cette journée, pratique et accessible, aura incité les praticiens qui ne faisaient pas encore de céramo-céramique à s'y mettre. »

« UNE BONNE AIDE À LA DÉCISION »

Éric Jacqmin,
53 ans, omnipraticien à Champniers (16)

« Cette journée a montré que la céramo-métallique avait encore un bel avenir et que la CCC était réservée aux restaurations unitaires sur dents antérieures. Cela m'a conforté dans ma pratique. J'ai apprécié l'intervention d'Yves Samama qui, avec beaucoup d'honnêteté et d'humilité, a reconnu avoir fait réaliser quatre incisives par son prothésiste pour en obtenir une. J'espère que le tableau récapitulatif des propriétés des matériaux sera publié dans le *JSOP* car il constitue une bonne aide à la décision sur un sujet que l'on maîtrise mal. »

« REMETTRE LES PENDULES À L'HEURE »

Thomas Vaillier,
39 ans, omnipraticien à Niort (79)

« Dans notre pratique, on taille si régulièrement les couronnes des dents antérieures que cela en devient machinal. À la manière d'une pendule mécanique qui se déréglerait de quelques secondes chaque jour, à la longue, on finit par ne plus être dans le coup. Cette formation m'a permis de remettre les pendules à l'heure dans cette discipline. Je retiendrai la présentation complète des céramiques qui permet de parler le même langage que son prothésiste. J'ai apprécié la dimension humaine des conférenciers qui font l'effort de se mettre à notre niveau. »

« DES PRÉCISIONS UTILES SUR L'ASSEMBLAGE »

Martine Privat-George,
51 ans, omnipraticienne à Montpellier (34)

« Je viens depuis deux ans à la SOP et, à chaque fois, je repars avec des astuces applicables à mon cabinet. Lors de cette journée, la présentation très précise et utile des techniques d'assemblage m'a permis de m'améliorer, notamment sur les céramiques feldspathiques dont je pensais qu'on ne pouvait pas les sceller. Les conférenciers ont répondu avec pertinence et humilité aux questions des participants. Malgré leur expérience, ils n'hésitent pas à reconnaître et à montrer où ils se sont trompés. C'est un état d'esprit que j'apprécie. »

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

N°Azur 0 811 11 37 36
PRIX APPEL LOCAL

www.madeinlabs.com

Made in Labs®

QUALITÉ | TRAÇABILITÉ | COMPÉTITIVITÉ | RÉACTIVITÉ

CCM **85€**
sur implant

Stellite 115€*

CCM **65€**

Flexite **130€***

Zircon **129€**

*dent non comprise

PRESENT au

CONGRÈS ADF 2009
25 AU 28 NOV.

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS
WWW.ADF.ASSO.FR

Exposition internationale

ADF

comodent

STAND 1T08

DENTSPLY

Esthet.X® HD

DESCRIPTIF

Composite microhybride hautement esthétique.

LE COMPOSITE Esthet.X® de Dentsply devient Esthet.X® HD pour un rendu final encore plus réaliste. Esthet.X HD présente une aptitude au polissage optimisée grâce à une diminution de la taille des charges et à une meilleure répartition de celles-ci : vous obtenez un lustre final plus brillant, plus durable, en moins de temps. Avec ses 3 niveaux d'opacité et ses 31 teintes, Esthet.X HD vous permet une utilisation à la carte : une seule opacité pour vos restaurations courantes et 2 à 3 niveaux d'opacité en stratification pour vos restaurations hautement esthétiques. Au-delà de l'esthétique, vous avez l'assurance de restaurations durables. Esthet.X HD présente d'excellentes propriétés mécaniques permettant une conservation des reliefs anatomiques et une résistance à long terme.

LES PLUS PRODUIT

- Aptitude au polissage optimisée
- 3 opacités
- 31 teintes

DENTSPLY France
ZA du Pas-du-Lac
4, rue Michael-Faraday
78180 MONTIGNY-LE-BRETONNEUX
Tél. : 01 30 14 77 77

GC FRANCE SAS

G-CEM Automix

DESCRIPTIF

Le premier ciment composite auto-adhésif esthétique avec des interactions chimiques et mécaniques dent/zircone… ENFIN !

LE SCELLEMENT EN UNE SEULE ÉTAPE avec la simplicité de l'automélange : une étape de mélange, une étape d'application, une étape de nettoyage. Une double adhésion intelligente : une adhésion chimique à la structure de la dent, une liaison mécanique puissante à la restauration et une résistance très élevée à la flexion. Temps de prise idéal. Stockage et conservation à température ambiante. Stable jusqu'au dernier gramme. Absence de sensibilité postopératoire, libération de fluor, radio-opaque. Esthétique… 4 teintes et des embouts endodontiques spéciaux.

LES PLUS PRODUIT

- Les plus hautes valeurs d'adhésion de sa catégorie…
- Actuellement le seul ciment résine auto-adhésif qui, après thermocyclage, améliore la force d'adhésion à la structure de la dent et aux restaurations à base de zirconium

GC FRANCE SAS
9 *bis*, avenue du Bouton-d'Or – BP 166
94384 BONNEUIL-SUR-MARNE CEDEX
Tél. : 01 49 80 37 91

DIRECTA

FenderMate

DESCRIPTIF

La matrice placée en moins de 5 secondes !

LE COIN INTERDENTAIRE sur lequel est fixée la matrice a une courbure optimale pour une meilleure adaptation à la dent. La matrice a un point de contact préformé pour assurer un contact optimum dans la position correcte. Brunissage inutile. Les débordements sont évités grâce à l'aile flexible qui s'adapte parfaitement à la limite cervicale. Facile à placer, il suffit d'appliquer FenderMate comme un coin interdentaire. Pas besoin d'anneau rétentif !

LES PLUS PRODUIT

- Se place très rapidement et facilement
- Pas besoin d'anneaux rétentifs
- Une unique pièce (combinaison d'un coin et d'une matrice)

CODIMED
59, rue de Ponthieu
75008 PARIS
Tél. : 01 45 63 41 41

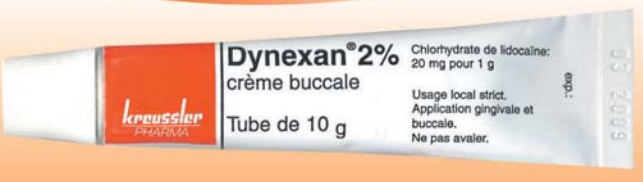
NOUVEAU

SANS ALCOOL

Dynexan® 2%

crème buccale

Anesthésique de 1ère intention


Dynexan® 2%
crème buccale
Tube de 10 g
Chlorhydrate de lidocaïne: 20 mg pour 1 g
Usage local strict. Application gingivale et buccale. Ne pas avaler.
kreussler PHARMA

Rapide
Efficace
Précis

Remboursé 35% Séc. Soc.

AP DYN - Primconcept 04/09-1

DÉNOMINATION : **DYNEXAN® 2%, crème buccale**. ***COMPOSITION :*** Chlorhydrate de lidocaïne : 20,00 mg pour 1g. ***FORME PHARMACEUTIQUE :*** Crème buccale.
DONNÉES CLINIQUES : **Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. Anesthésie locale de contact avant explorations instrumentales en odontostomatologie. **Posologie et mode d'administration* :** Adulte et enfant de plus de 6 ans : Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum. **Contre-indications :** Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des constituants de la formule, en particulier à la lidocaïne ou aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde* :** Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. **Interactions* :** En principe, ne concernent pas l'utilisation par voie locale. **Grossesse* :** Utilisation possible sur une courte période et sans dépasser les doses préconisées. **Allaitement :** Utilisation possible. **Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :** Pas de données particulières. **Effets indésirables* :** Des réactions allergiques sont possibles. **Surdosage* :** Non attendu dans les conditions normales d'utilisation. ***PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :*** **Propriétés pharmacodynamiques* :** Effet rapide (une minute) et de longue durée (environ une heure). **Propriétés pharmacocinétiques* :** Métabolisme hépatique et élimination urinaire. **Sécurité préclinique* :** Ce traitement ne doit pas être administré sur une longue période et au-delà des doses préconisées. ***DONNÉES PHARMACEUTIQUES :*** **Liste des excipients* :** Chlorure de benzalkonium, glycérol, mélange aromatique. **Incompatibilités :** Sans objet. **Durée de conservation :** 3 ans. Ne pas conserver à plus de 25°C.
Nature et contenu de l'emballage extérieur : 10 g en tube (Aluminium vernis). ***AMM :*** 352 798-9. LISTE II. **Prix :** 4,57 €. **CTJ :** 0,23 à 0,91 €. **Remb. Séc. Soc. à 35% - Collect.**
DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT : 30 Nov 1999/25 Nov 2004. ***DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :*** 06.05.2008.
*** Information complète sur demande au Laboratoire.**
EXPLOITANT : Laboratoire KREUSSLER PHARMA - 18, avenue Parmentier - 75011 PARIS - Fax.: 01 43 70 21 06.

N° Indigo 0 825 887 885 0,150 € TTC / MN

Le ciment résine ré-inventé : nouveau
G-CEM Automix de GC.
Le premier ciment composite auto-adhésif esthétique avec des interactions chimique & mécanique dent/zircone, enfin !
Utilisez G-CEM Automix et appréciez :
- une étape de mélange - une étape d'application distribution directe, même dans le canal radiculaire
- une étape de nettoyage - stockage à t° ambiante -
les plus hautes valeurs d'adhésion de sa catégorie !
Avec un temps de prise idéal et la fiabilité des résultats que vous attendez de GC
G-CEM Automix
4.8g (2.7mL) SYRINGE×2
GC FRANCE s.a.s
Tél. 01 49 80 37 91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com
GC

COLTÈNE WHALEDENT FRANCE

GuttaFlow® Fast et Retention Points

DESCRIPTIF

Système complet pour l'obturation des canaux radiculaires.

LES PLUS PRODUIT

- **Retention Points – pointes de gutta-percha à surface structurée**
- **Testé cliniquement (www.guttaflow.com)**

LA NOUVELLE VERSION GuttaFlow® Fast convient particulièrement à l'obturation des mono ou bi-radiculées. Avec un temps de travail allant de 4 à 5 minutes et un temps de prise de 8 à 10 minutes, il est possible de minimiser le temps total du traitement. Cette prise rapide permet de réduire les étapes car les excédents de matériau seront éliminés plus rapidement, et un tenon radiculaire provisoire pourra être inséré dans la même séance. Les nouveaux Retention Points présentent un agrandissement de la surface développée qui produit une surface de contact plus importante avec GuttaFlow® ou un autre ciment et, par conséquent, une rétention mécanique améliorée du maître cône.

GuttaFlow Fast :

- Réf. 349 220 – Kit d'introduction GuttaFlow Fast : 20 capsules + 20 embouts canalaires + stops + 1 pistolet + 3 adaptateurs + 100 Retention Points (tailles 30-60) + 60 Greater Taper Points (4 %, tailles 20-45)
  Prix conseillé de vente TTC = 294 €
- Réf. 349 230 – Réassort GuttaFlow Fast : 20 capsules + 20 embouts canalaires + stops
  Prix conseillé de vente TTC = 107 €

Retention Points :

- Réf. 365 495 – Boîte distributrice de 100 pointes (tailles 30 à 60, sauf taille 55)
  Prix conseillé de vente TTC = 17 €

COLTÈNE WHALEDENT France
19, boulevard Alexandre-Oyon
72058 LE MANS CEDEX
Tél. : 02 43 39 30 30

MACSF

Bien assurer son cabinet dentaire

DESCRIPTIF

Assurer son local professionnel, c'est préserver son outil de travail. Et bien plus encore.

L'ASSURANCE du cabinet professionnel doit comporter les garanties suivantes :

1/ La protection des biens professionnels : cabinet, stock, matériel dentaire et informatique, avec des garanties :

- de base : incendie, tempête, explosion, dommages électriques, dégâts des eaux, vol, tentative de vol, acte de vandalisme, bris de glace, catastrophe naturelle, attentat ;
- optionnelles : bris de matériel (obligatoire en *leasing* et crédit-bail), matériels et produits transportés ;

2/ La perte d'exploitation.

En cas d'impossibilité d'exercer au sein du cabinet suite à un événement garanti, cette garantie essentielle, indispensable pour la poursuite de l'activité, prend en charge la marge brute (frais fixes + bénéfice) et les frais supplémentaires (comme la location d'un matériel de remplacement, par exemple) ;

3/ La responsabilité civile exploitation et employeur.

En qualité de professionnel libéral, vous utilisez un local, employez au moins un salarié et votre responsabilité peut être engagée en tant qu'exploitant et/ou employeur. Vous devez vous assurer pour les dommages occasionnés à un patient ou à un visiteur (par exemple, si une personne se blesse accidentellement dans votre salle d'attente).

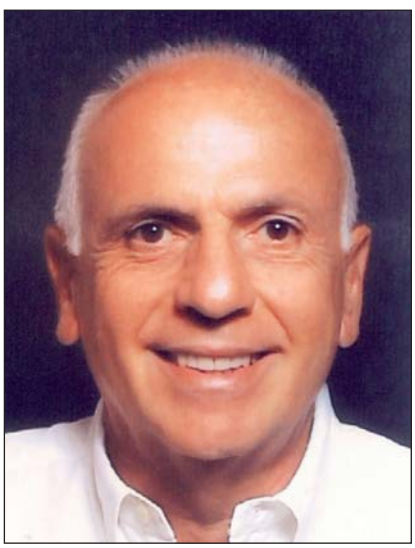
4/ La responsabilité civile pour les dommages liés au local professionnel pour :

- le propriétaire du local envers les locataires, les voisins et les tiers ;
- le locataire envers le propriétaire, les voisins et les tiers.

À noter : En cas d'exercice en groupe c'est la société titulaire du bail qui souscrit l'assurance du local professionnel. La SCI, en sa qualité de propriétaire non occupant, assure le bâtiment.

Pour en savoir plus : connectez-vous sur macsf.fr ou contactez nos conseillers spécialisés au 0820 160 106 (0.12 € TTC la minute depuis un poste fixe).

Athlétisme… dentaire et infarctus



André Krief est rédacteur en chef de *L'Actualité dentaire*, « *1er journal dentaire en ligne* » : www.lactudentaire.com

« *Transformer notre profession en une course effrénée ayant comme seul but la rentabilité, quelle tristesse !* »

« *Chronométrage et sens de circulation* »… cette phrase sans sujet et sans verbe placée au sein d'un programme de *coaching* est à l'origine de ce billet d'humeur ! Ex-marathonien et fervent des compétitions d'athlétisme, je me suis revu franchissant une ligne d'arrivée en scrutant le chronomètre avant de suivre le fameux couloir d'évacuation destiné à fluidifier la circulation des compétiteurs… Tout un programme d'organisation sportive auquel de plus en plus de « *coaches dentaires* » tentent de nous faire adhérer sous prétexte de rentabiliser notre exercice.

Le problème est que, dans ce vaste programme à tendance quelque peu militaire, manquent le sujet, à savoir « *le patient* », et le verbe, à savoir « *soigner* »… et que ces deux mots réunis constituent un attelage indissociable de notre vocation première, à savoir, avant tout, prodiguer des soins buccodentaires à des êtres humains venus nous confier ce merveilleux organe que constitue leur bouche, carrefour de tous les plaisirs, tant sociaux que nutritionnels et amoureux.

Certes, la dentisterie de Papa est morte et bien morte. Les temps sont en effet révolus où les espèces sonnantes et trébuchantes s'entassaient dans des tiroirs-caisses desquels une fiscalité bienveillante osait à peine retirer quelques « *petits billets* », mais de là à transformer notre profession en une course effrénée ayant comme seul but la rentabilité, quelle tristesse !

Bien que notre exercice soit « prenant » et « fatigant » tant nerveusement que physiquement, la majorité d'entre nous le pratique avec plaisir et amour : que deviendraient ces deux merveilleuses notions si nous les mesurions à l'aide d'un chronomètre et si nous devions envisager d'installer au sein de nos cabinets des sortes de « *toboggans d'évacuation* » ?

Les praticiens qui ont disparu, pour beaucoup avant l'âge de la retraite, sont ceux qui ont « carburé » et « turbiné » comme des malades, laissant derrière eux des coffres-forts remplis de billets dont le seul tort a été de ne pas les accompagner jusque dans leur cercueil… Que d'infarctus du myocarde ont rythmé des fins de carrière prématurées et laissé des cabinets vidés de leur substance humaine !

Il faut que cessent ces conférences et ces séminaires qui tendent à transformer tous les praticiens qui les suivent en de véritables robots qui, bien souvent épuisés, se sont remis en question en trouvant malheureusement la mauvaise solution à leur manque de rentabilité.

L'organisation d'un cabinet et la façon d'exercer doivent certes impérativement évoluer et s'adapter aux révolutions technologiques et aux progrès scientifiques tout en conservant un caractère humain, absolument indispensable à notre épanouissement personnel et à celui de nos patients. Proposer des traitements appropriés à nos patients en les leur expliquant dans les moindres détails nécessite du temps et, ce temps-là, seul un praticien formé est capable de le transformer en un devis justifié et accepté : aucune assistante aussi belle et expérimentée soit-elle n'est susceptible d'y parvenir efficacement.

La seule réponse à tous ces *coachings* de « *régulation de temps* » aussi bien « huilés » soient-ils, reste la formation continue, unique et seul moyen d'acquérir la maîtrise de nos actes, de mériter la confiance que les patients placent en nous et de nous offrir une qualité d'exercice à l'épreuve du temps et du poids des ans.

Les cimetières sont remplis de praticiens qui se sont hâtés d'amasser des fortunes… dont ils ont peu profité ! ●

André Krief

C'est dans le cadre prestigieux de la Maison de la Chimie que la SOP va tenir, à partir de janvier 2010, toutes ses journées de formation. Confort moderne de l'auditorium et modularité des espaces de formation, raffinement des salons dévolus à la restauration, préparée par Lenôtre ou Raynier Marchetti, situation du lieu bien desservi par les transports, quartier historique offrant une capacité hôtelière nombreuse et diverse : voilà les raisons qui ont conduit la SOP à faire ce choix pour mieux répondre à vos attentes.

À partir de janvier 2010, les journées de la SOP, c'est à la Maison de la Chimie !

28, rue Saint-Dominique - 75007 Paris.

Accès métro : lignes 8, 12 et 13 et
RER C : Invalides / Assemblée nationale.

Parking Invalides : 23 rue de Constantine

Hébergement : liste des hôtels du quartier sur le site de la Maison de la Chimie :
www.maisondelachimie.com

Rendez-vous à la Maison de la Chimie à partir de janvier 2010 !

Assurance Auto

On peut être
chirurgien dentiste installé
et préserver
sa mobilité.

En ce moment
2 mois **offerts*** !

Profitez de 2 mois offerts sur l'Assurance Auto de la MACSF

et bénéficiez d'une assistance 0 km, 24h/24 et 7j/7,
d'une garantie contre les pannes mécaniques, électriques et électroniques
ainsi qu'une garantie de votre trousse médicale et de son contenu.

Retrouvez cette offre exceptionnelle sur
www.macsf.fr
☎ 0800 970 478**

* Offre valable jusqu'au 15/01/2010
** Appel gratuit

M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Mutuelle | Assurance | Epargne | Financement

MACSF assurances - société d'assurances mutuelles - entreprise régie par le code des assurances - adresse postale : 10 cours du triangle de l'arche TSA 40100 92919 La Défense cedex - SIREN n° 775 665 631 - Crédit photos : Steve Hiett - GettyImages